

Vårdvalet 2010

Köfri, säker och
jämlig vård med fokus
på hälsa

20100630

ALLIANS



Centrumpartiet

Folkpartiet Liberalerna

Kristdemokraterna

Förord.....	5
Vårdvalet 2010	7
Vård på lika villkor	10
God tillgänglighet och valfrihet minskar klyftor	10
Nationell satsning på att mäta jämlik vård	12
Jämlikt hälsoarbete.....	12
Minskade regionala skillnader	13
Oberoende granskning	13
Värdigt bemötande och stärkt ställning för patienten	14
Utveckla vårdvalet	15
En sammanhållen patienträttighetslag	17
Öka patientens tillgång till sin egen patientjournal	19
Mäta och följa upp patientens egen upplevelse av bemötande och kvalitet i vården.....	19
Entreprenörskap i patientens tjänst.....	20
Köfri vård och förbättrad tillgänglighet	21
Skärpt vårdgaranti och vidareutvecklad kömiljard	22
Bättre fungerande akutsjukvård.....	23
Förbättra vården för de mest sjuka äldre.....	24
Förbättrad patientsäkerhet	25
Alliansen stärker patientsäkerheten	26
Nationell satsning för ökad patientsäkerhet.....	26
E-hälsa – för ökad kvalitet och patientsäkerhet.....	28
Utveckla effektivare beslutsstöd	29

Förbättrad läkemedelsanvändning	30
Öka rapporteringen av läkemedelsbiverkningar	30
De mest sjuka – personer med mer än tio läkemedel	31
Antibiotikaresistens – ett hot mot hälsa och säkerhet i vården.....	32
Nationellt mål för antibiotikaförskrivning	32
Stärkt hälsofrämjande arbete	33
Öka patientens delaktighet med hälsodagbok.....	33
Starkare drivkrafter att främja hälsa	34
Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar	35
En nationell satsning på elevhälsan	36
Bättre omhändertagande i sjukvården av barn som far illa	37
Övriga utvecklingssatsningar	38
Utveckla cancervården – den nationella cancerstrategin	38
God palliativ vård och vård livets slutskede.....	39
En fortsatt psykiatrisatsning.....	40
Fokus på dem med sämst tandhälsa.....	41
Kvalitetsutveckling och klinisk forskning	42
Ledarskap, personalförsörjning och utbildning.....	43
Gör offentlig sektor till Sveriges bästa arbetsgivare	43
Utveckla ledarskapet i vården	44
Kortare beslutsvägar och ökat inflytandet för medarbetarna	45
Utbildningskapaciteten för vårddyrken	45
Specialistutbildningen för sjuksköterskor.....	46

Slutord..... 47

Förord

Valet 2010 handlar om framtiden. Vad vi vill att Sverige ska kännetecknas av. Vilka värderingar vi vill ska bära Sverige. Om hur vi ska göra ett bra land ännu bättre. Vi är fyra partier som står för frihet, ansvar och trygghet. Vi tror på människans inneboende kraft och vilja att ta ansvar.

I snart fyra år har vi haft svenska folkets förtroende att leda Sverige. Det har varit fyra år av reformer för jobben, välfärden och framtiden. Valet 2010 söker vi väljarnas förtroende för att fortsätta arbetet. Sverige är ett bra land att leva i. Det betyder däremot inte att allt i Sverige är bra. Mycket finns kvar att göra.

Vid partiledaröverläggningarna i Varberg i oktober 2008 enades Moderata Samlingspartiet, Centerpartiet, Folkpartiet liberalerna och Kristdemokraterna om att inleda en fördjupning av Allians för Sverige med sikte på valet 2010 och nästa mandatperiod. Ett besked som gavs var att Allians för Sverige i valrörelsen 2010 ska möta väljarna med ett valmanifest som är lika tydligt som i förra valet. Som ett led i detta tillsattes en arbetsgrupp för att utarbeta grunderna och ett konkret reformprogram för den ekonomiska politiken för nästa mandatperiod.

För att ytterligare utveckla, fördjupa och bredda politiken med sikte på mandatperioden 2010-2014 tillsattes tio reformarbetsgrupper i oktober 2009:

- Rättsväsende
- Kultur och idrott
- Utrikes och försvar
- Familj
- Jämställdhet
- Utbildning
- Äldre
- Entreprenörskap och hållbar tillväxt
- Miljö och klimat
- Hälso- och sjukvård

Grupperna redovisar sina resultat under våren 2010.

Processen för att ta fram valmanifestet sker i flera steg. Arbetet i föreliggande reformarbetsgrupp är ett sådant steg.

Förslagen i denna rapport är arbetsgruppens. Inom ramen för det fortsatta arbetet med valmanifestet kommer det efter att arbetsgrupper lagt fram sina förslag att ske en bred prövning av förslagen. Prövningen innebär bl.a. att förslagen vägs av mot det reformutrymme som väntas föreligga utifrån inriktningen att det finansiella sparandet åter ska uppvisa balans och överskott på 1 procent av BNP över en konjunkturcykel under nästa mandatperiod. Därtill ska utgiftstaket hållas.

I återgången till överskottsmålet om 1 procent ska även hänsyn tas till resursutnyttjandet liksom till osäkerhet och riskbild i prognosen. I prövningen kommer förslagen även att utvärderas utifrån alliansens prioriterade inriktning om full sysselsättning och färre som står utanför arbetsmarknaden. En avvägning mellan angelägna reformer måste alltid ske. Åtgärder som sätter jobben först kommer därför prioriteras. Förslagen ska även prövas utifrån fördelningseffekter.

ANDERS ANDERSSON (KD)

FILIPPA REINFELDT (M)

KENNETH JOHANSSON (C)

JONAS ANDERSSON (FP)

Vårdvalet 2010

I vilken riktning ska svensk hälso- och sjukvård utvecklas under den kommande mandatperioden? Ska vi fortsätta utvecklingen framåt eller göra halt och ta flera steg tillbaka? Det är en av de mest centrala frågorna inför valet 2010.

Alliansregeringen har under innevarande mandatperiod inlett ett förnyelsearbete av svensk sjukvård. Den klara och tydliga inriktningen lades fast av Alliansens välfärdsgrupp före valet 2006: rätt vård i rätt tid samt att sjukvården skulle öppnas upp för mer valfrihet, delaktighet och mångfald.

Den linjen har fullföljts. Viktiga reformer med patientens bästa för ögonen har genomförts. Patienter ska inte längre behöva anpassa sig till vården och dess system – systemen ska anpassas efter patienten och dess behov.

Alliansen har i regeringsställning genomfört en lång rad reformer som syftar till att åtgärda de problem som Socialdemokraterna lämnade efter sig efter sina tolv regeringsår. Vi känner dem väl: långa köer i vården, en eftersatt psykiatri, brister i patientsäkerheten, en byråkratiserad vårdapparat utan patientinflytande och små möjligheter till innovation och entreprenörskap.

Alliansregeringen har arbetat målmedvetet och kraftfullt för att sjösätta omfattande strukturreformer – reformer som får direkt betydelse i människors liv.

- **Vårdvalet** – landstingen är skyldiga att stärka patientmakten i valet av primärvård. Etableringsfrihet för enskilt driven vård säkerställer ett verkligt patientinflytande.
- **Psykiatrireformen** – genom en rad olika beslut har den psykiatriska vården runt om i landet förbättrats. Fokus ligger på:
 - Snabbare kontakt med och hjälp från BUP.
 - Krav på vårdmetoder med bevisad effekt.
 - Sociala nätverk och sysselsättning för den som är sjuk eller har psykiskt funktionshinder.
- **Tandvårdsreformen** – ett högkostnadsskydd med fokus på de patienter som har de största kostnaderna har införts och stödet för den förebyggande tandvården har höjts.
- **Apoteksomregleringen** – apoteksmarknaden har omreglerats för att förbättra tillgänglighet och service. Nya aktörer konkurrerar med Apoteket AB och det är tillåtet att sälja receptfria läkemedel i andra butiker än apotek.
- **Patientsäkerhetsreformen** – större fokus ska läggas på ett systematiskt säkerhetsarbete hos våra vårdgivare i syfte att minska antalet vårdskador.

-
- **Kömiljarden** – sätter fokus på väntetiderna i vården och arbetet för att korta köerna. Har gjorts i två steg, där kraven för att få pengar höjs under 2010, jämfört med 2009 års kömiljard.
 - **Vårdgarantin** blir lag från 1 juli 2010 – kraven på landstingen att ge vård i rimlig tid ökar.

Resultaten av regeringens reformer har inte låtit vänta på sig.

Kömiljarden har kortat köerna dramatiskt. Resultatet för 2009 är anmärkningsvärt. Antalet patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på besök till specialist minskade med 77 procent. För väntetiderna till behandling/operation var minskningen hela 82 procent. Socialdemokraterna pumpade under sin tid in drygt 40 miljarder i arbetet att korta köerna – utan resultat.

Även tillgängligheten till läkemedel har ökat. Man kan nu köpa receptfria läkemedel på 4 500 fler försäljningsställen. Flera av dessa har öppet alla dagar, dygnet runt. Nu kan man köpa nässpray och huvudvärkstabletter när man behöver dem – inte när det lokala apoteket råkar ha öppet. Bedömningen är att vi inom ett par år kommer ha 200–300 nyetablerade apotek runt om i landet. Nyetableringen har redan tagit fart, intresset för att öppna nya apotek är stort.

Vårdval i primärvården har revolutionerat tillgängligheten och möjligheten att välja vårdcentral. Över 130 nya vårdcentraler har öppnat i de 8 landsting som aktivt jobbat med vårdvalet under 2009. I exempelvis Halland har antalet specialister och specialiteter ökat markant, samtidigt som befolkningen blivit allt mer nöjda med vårdenheterna.

Allt fler får rätt vård i rätt tid när Alliansen får styra sjukvårdspolitiken. Allt färre behöver stå i kö. Allt fler får nu möjlighet att välja den vårdgivare de känner förtroende för, allt färre tvingas gå till den vårdcentral som inte ger patienten ett bra bemötande.

Alliansregeringen företräder en hälso- och sjukvårdspolitik som fungerar och ger resultat. Den bidrar till lösningar på problem som länge framstod som olösliga. Den bidrar till att underlätta i människors vardag. Denna politik ska vi förvalta och vidareutveckla.

Arbetsgruppens uppgift är att i denna rapport presentera konkreta och väl underbyggda förslag inom området hälso- och sjukvårdspolitik och ange ramarna och den politiska inriktningen i stort för politikområdet under hela den kommande mandatperioden 2010-2014.

Vi presenterar våra huvudförslag under fem övergripande teman:

- God hälsa och värdig vård på lika villkor
- Bättre bemötande och stärkt ställning för patienten
- Köfri vård och förbättrad tillgänglighet

-
- Förbättrad patientsäkerhet
 - Stärkt hälsofrämjande arbete

Därutöver presenterar vi förslag som berör cancervården, psykiatrin, kvalitetsutveckling och personal- och ledarskapsfrågor.

Sammantaget ger bildar detta en plattform för en politik för en köfri, säker och jämlik hälso- och sjukvård med ökat fokus på hälsa.

Vård på lika villkor

Vård på lika villkor är en central målsättning för Alliansen. Lika villkor ska gälla i bemötande, vård och behandling alldeles oavsett personliga egenskaper som ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet.

Jämlik vård betyder inte att alla ska få exakt samma bemötande eller exakt samma insatser – en jämlik vård är en vård som möter och tar hänsyn till alla människors individuella behov.

Bilden av Sverige är att vi lever i ett jämlikt land. Men Sverige lyckas inte leva upp till målsättningen om vård på lika villkor. Vården präglas av ojämlikhet. I en OECD-jämförelse från 2006 var Sverige ett av de länder i den rika världen som hade minst jämlik vård, mätt i hur läkarbesöken fördelades mellan hög- och låginkomsttagare.

En rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar bl.a. att högutbildade hjärtsviktspatienter i högre utsträckning behandlas med nyare och dyrare preparat, medan KOL-patienter med låg utbildningsnivå oftare än andra behandlas med äldre, omodernare metoder. Övermedicinering och felmedicinering är ett mindre problem bland högutbildade än bland lågutbildade.

Flera studier har visat att det finns systematiska skillnader mellan hur män och kvinnor behandlas, även om Socialstyrelsens senaste uppföljningar visar att det skett förbättringar på detta område.

Också skillnader mellan olika regioner, socioekonomiska grupper samt mellan infödda svenskar och utlandsfödda när det gäller tillgång på vård och behandling är ett problem i Sverige. Läkemedel är den vanligaste formen av behandling och det förekommer skillnader i tillgången till läkemedel mellan grupper med olika utbildningsnivå.

En del människor söker heller inte vård i den utsträckning de skulle behöva – av ekonomiska skäl eller på grund av bristande kunskaper och låga förväntningar. Det spelar stor roll hur lätt – eller svårtillgänglig – vården är för olika grupper.

Dessa skillnader är oacceptabla.

GOD TILLGÄNGLIGHET OCH VALFRIHET MINSKAR KLYFTOR

Vårdvalet bör utvecklas och vårdgarantin skärpas. Därtill bör villkoren för kömiljarden skärpas för att ytterligare minska den ojämlika tillgången till vård. En

köfri vård nära patienten och möjlighet till en fast läkarkontakt är avgörande faktorer för en jämlik och rättvis sjukvård. En tillgänglig vård och en fast kontakt på vårdcentralen ger en tydlig ingång i sjukvårdsorganisationen. Den fasta vårdkontakten får en helhetsbild av patientens behov, något som inte kan uppnås om patienten bollas mellan olika läkare, mottagningar och kliniker.

Bristande tillgänglighet är ett mindre problem för dem som är väletablerade i samhället, de som kan tala för sig och kanske har personliga kontakter i vården. De tar sig fram ändå. När de är i behov av vård hittar de av egen kraft – eller med hjälp av personliga kontakter – snabbt fram till rätt specialist och får rätt hjälp. Personer med omfattande hälsoproblematik och sammansatta behov och de som har svårt att uttrycka sig, har alltför ofta hamnat mellan stolarna utan att någon sett helheten. Många har dragit sig för att ens söka sig till vården, osäkra på vart de ska vända sig.

Under den första halvan av 2000-talet ökade det ojämlika utnyttjandet av vården. Inför 2006 års lägesrapport gjorde Socialstyrelsen en analys som konstaterade en ökning i "det ojämlika utnyttjande av vården, där personer med högre utbildning gör fler läkarbesök än lågutbildade, trots högre förekomst av sjuklighet bland lågutbildade personer"

Vårdköer skapar orättvisor. Efterfrågan på privata vårdförsäkringar exploderade under socialdemokraternas 12 år vid makten. Allt fler arbetsgivare skaffade privata försäkringar åt sina anställda för att de skulle få vård snabbare. I stället är det de med stora vårdbehov och små möjligheter att söka privata alternativ som drabbats värst av väntan. De blir långtidssjukskrivna och i värsta fall förvärras deras besvär innan de får hjälp.

Sedan den 1 januari i år är det obligatoriskt för alla landsting att införa vårdval i primärvården. De landsting som har jobbat aktivt med vårdval har snabbt nått mycket bra resultat. Under år 2009 öppnade över 130 nya vårdcentraler i dessa landsting. Den ökade tillgängligheten gynnar särskilt dem som behöver vården mest. I Stockholm visar statistiken att det nu är låginkomsttagare som går mest till läkaren.

Genom kortare vårdköer och många nya vårdcentraler har alliansen under mandatperioden tagit två avgörande steg mot en mer jämlik vård. Detta arbete vill arbetsgruppen driva vidare för att nå ännu bättre resultat och därför bör vårdvalet utvecklas och vårdgarantin skärpas. Även villkoren för kömiljarden bör skärpas för att ytterligare minska den ojämlika tillgången till vård.

NATIONELL SATSNING PÅ ATT MÄTA JÄMLIK VÅRD

Arbetsgruppens förslag: En nationell satsning för att mäta och redovisa jämlikheten i vården för varje vårdenhet i landet bör göras.

Insatser för att mäta och öppet jämföra resultat leder till en kraftig press på vårdenheterna att förbättra sina resultat. På liknande sätt har sjukvården arbetat de senaste åren för att uppmärksamma och utjämna skillnader mellan män och kvinnor, med mycket goda resultat.

Vi vill göra en nationell satsning på och utvidga de öppna jämförelserna så att de också inkluderar mätning och redovisning av jämlikheten utifrån faktorer som inkomst, utbildningsbakgrund, kön, ålder och bostadsort. När vårdenheterna kan se hur behandlingar och resultat fördelas kan de se över sina rutiner och snabbt få ett kvitto på om de förbättrar sig. Likaså ger det patienterna ökat inflytande över sin situation genom att de får bättre information om förhållandena på vårdenheterna. Utgångspunkten för ett dylikt arbete är att patienternas integritet respekteras.

JÄMLIKT HÄLSOARBETE

Arbetsgruppens förslag: Det hälsofrämjande arbetet bör utvecklas, bland annat genom en satsning på elevhälsan. Att nå barn och unga är ett bra sätt att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället

Hälso- och sjukvården ska arbeta mer förebyggande. Skillnaderna i hälsa är fortfarande stora mellan kvinnor och män, mellan låg- och höginkomsttagare och mellan de som är födda i Sverige och de som är födda utomlands. Därutöver finns tydliga regionala skillnader.

Skillnader i hälsa går att minska. Det handlar bland annat om att minska utanförskapet och att skapa en skola som ger alla grundläggande kunskaper och förutsättningar.

Skillnaderna kan också minska genom att hälso- och sjukvården arbetar mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Inte minst är tidiga insatser viktiga. Barn- och mödrahälsovården är exempel på framgångsrikt hälsofrämjande arbete som når de allra flesta i samhället. Den fortsatta satsningen på elevhälsan liksom innovativa informationstjänster riktade till ungdomar, såsom exempelvis ungdomsmottagningen på nätet, UMO.se, kan bidra till minskade skillnader i hälsan mellan olika grupper

Arbetsgruppen anser det vara av stor vikt att det påbörjade arbetet med att uppmuntra vårdcentraler att via effektiva sjukdomsförebyggande metoder erbjuda stöd till individer att förändra tobaks- och alkoholvanor och ohälsosamma vanor vad gäller mat och fysisk aktivitet fortsätter.

MINSKADE REGIONALA SKILLNADER

Arbetsgruppens förslag: Alliansen ska verka för att landstingen når tydliga överenskommelser så att alla patienter behandlas likvärdigt.

Vården måste ges på likvärdiga villkor var man än bor i landet. Det är inte rimligt att vi har en sjukvård där människor får olika bra behandlingar beroende på var de bor. De regionala variationerna är stora när det gäller hur man hanterar vissa dyrare läkemedel men även vad gäller andra typer av behandlingar, så som exempelvis steriliseringar och assisterad befruktning.

Vilka hjälpmedel man får beror också på var i landet man bor. Utbudet och anpassningen till individuella önskemål samt subventionsgraden varierar stort runt omkring i landet. Förskrivarna är ofta begränsade i vilka hjälpmedel de får erbjuda. Ett annat problem är att landstingen ofta upphandlar och byter ut hjälpmedel. Därmed måste brukare gång på gång lära sig att använda nya hjälpmedel.

Det är landstingen som har huvudansvaret för att dessa skillnader försvinner. Arbetsgruppen anser att de regionala skillnaderna bör belysas och tydliggöras. Landstingen måste nå tydliga överenskommelser sinsemellan för att harmonisera sina regler så att alla patienter behandlas likvärdigt.

Framstegen under mandatperioden bör följas upp och utvärderas. Om skillnaderna mellan landstingen inte minskar måste andra åtgärder övervägas

OBEROENDE GRANSKNING

Arbetsgruppens förslag: En oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården kommer att sätta fokus på, och öka och sprida kunskapen om, variationer i kvalitet, effektivitet och resultat mellan olika vårdgivare.

Ytterligare ett led i arbetet med att stärka arbetet för en jämlik vård är enligt arbetsgruppen inrättandet av en nationell, oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården. Granskningsfunktionen ska följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens effektivitet, resultat och kvalitet samt offentliggöra resultaten för medborgare och aktörer inom hälso- och sjukvården.

En oberoende granskningsfunktion kan sätta fokus på, och öka och sprida kunskapen om, variationer i resultat mellan olika vårdgivare. Denna kunskap är ett viktigt stöd för beslutsfattare på olika nivåer, liksom för patienterna. Granskningsfunktionen ska inte stå i beroendeförhållande till vårdgivarna och ska kunna granska både privat och offentlig vård.

Värdigt bemötande och stärkt ställning för patienten

Sverige har en sjukvård av världsklass när man mäter utifrån medicinska resultat. Däremot visar mätningar och berättelser från många människor att det alltför ofta finns brister vad gäller bemötande och tillgänglighet.

En av de bidragande orsakerna till detta är de maktförhållanden som råder i sjukvården. Svensk sjukvård är uppbyggd enligt en modell där makt och resurser tilldelas genom beslut fattade av politiker och tjänstemän på olika nivåer. När sjukvården analyseras ur ett maktperspektiv kan man identifiera tre maktcentra; politiker, tjänstemän och profession.

Att förändra patientens ställning och bemötandet i svensk hälso- och sjukvård handlar inte i första hand om kurser för personalen, utarbetande av skriftliga värdegrunder och politiska slagord om patienten i centrum. Vad det främst handlar om är att våga utmana och förändra de grundläggande maktförhållanden som råder inom vården.

Alliansregeringen har redan tagit flera initiativ som bidrar till en stärkt ställning för patienten: Reformen och insatser för ökad valfrihet, en lagstadgad vårdgaranti, utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning, rätt till fast vårdkontakt, skärpt tillsyn av hälso- och sjukvården, öppna jämförelser och kvalitetsregister samt en oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården.

Sammantaget innebär Alliansens hälso- och sjukvårdspolitik en kraftfull förstärkning av patientens ställning.

UTVECKLA VÅRDVALET

Arbetsgruppens förslag: Det framgångsrika vårdvalet bör utvecklas. Målet med vårdvalet är att alla medborgare i hela landet ska ha möjlighet att välja vårdgivare i primärvården.

För att analysera hur detta mål uppnås bör Konkurrensverket få i fortsatt uppdrag att följa hur landstingen tillämpar vårdvalet. Utifrån sin uppföljning bör de också föreslå åtgärder för bättre måluppfyllelse.

Om landstingen utformar reglerna så att målsättningen med vårdvalet inte uppnås bör också särskilda åtgärder övervägas, som exempelvis sanktioner mot landsting eller förtydliganden i lagen.

Utvecklingsarbetet bör även fortsatt fokusera på att stimulera utvecklingen av ersättningsmodeller som styr vården mot utvecklad kvalitet, sammanhållna vårdkedjor och vård efter behov.

Reformen Vårdval Sverige förändrar i grunden maktförhållandet i primärvården. När vi nått målet att ge alla patienter en reell valmöjlighet är också maktbalansen ändrad. Verksamheten vid varje vårdenhet kommer då att genomsyras av strävan efter att den patient som just gick ut genom dörren är så nöjd med både bemötandet och vården att hon väljer att återkomma. Detta skapar drivkrafter för vårdenheten att utveckla den patientupplevda kvaliteten i verksamheten samtidigt som man skapar förutsättningar för kostnadskontroll.

Målet med vårdvalsreformen är inte att patienter ska byta vårdcentral en gång i kvartalet, men det ska vara tydligt att missnöje med servicen kan leda till att patienten väljer en annan enhet.

Centralt för patientens valmöjlighet är en motsvarande etableringsfrihet för nya vårdgivare. Utan etableringsfrihet blir det ingen reell valfrihet för medborgarna utan bara valfrihet på politikernas villkor. Det är också väsentligt att det regelverk som landstingen sätter upp inte missgynnar små aktörer. Regelverket måste också möjliggöra att även mindre orter kan ha mer än en aktör.

Alliansen vill garantera konkurrens i hela landet, för patienternas bästa. Konkurrensverket har för närvarande i uppdrag att följa utvecklingen av vårdvalet i primärvården. Flera landsting har fortfarande inte infört vårdval, trots att lagen gäller sedan den 1 januari i år. I vissa fall ställer landstingen också upp krav som tycks vara utformade särskilt för att missgynna små, nybildade vårdcentraler. Det finns en risk att vårdvalets positiva effekter inte kommer hela landet till del.

För att garantera att hälso- och sjukvårdslagen tillämpas på samma sätt över hela landet anser arbetsgruppen att särskilda åtgärder bör övervägas. Sådana åtgärder kan exempelvis vara sanktioner mot de landsting som hindrar

konkurrens genom att på olika sätt kringgå de regler som styr vårdvalet. Det kan också vara aktuellt med förtydliganden i lagen.

Oppositionen tycks fokusera på att finna sätt att förhindra nya vårdgivare som vill etablera vårdcentraler. Arbetsgruppen vill i stället se ett fokus på att hitta ersättningsmodeller som styr mot god tillgänglighet, kvalitet, sammanhållna vårdkedjor och en prioritering av dem med störst behov.

Det ska vara enkelt och möjligt för alla i samhället att komma i kontakt med vården. Erfarenheten visar att vårdval är det bästa sättet att uppnå detta. I de åtta landsting som hittills infört vårdval har det etablerats mer än 130 nya vårdcentraler under år 2009. Vårdvalet lägger grunden för en tillgänglighetsrevolution i primärvården.

Arbetsgruppens förslag: Vårdvalet ska utvecklas så att medborgare erbjuds en möjlighet att lista sig hos sin fasta vårdkontakt – som exempelvis sin läkare eller sjuksköterska – och inte enbart på vårdcentralen. Detta är särskilt betydelsefullt för personer med särskilda behov, såsom kroniker och personer med sammansatta vårdbehov. Det skulle innebära att patienten får möjlighet att följa med den person som är fast vårdkontakt om denne byter arbetsgivare eller etablerar egen mottagning.

I dagens vårdvalssystem upplever många redan att de listar sig hos en läkare, eller att de till exempel har en diabetessköterska som sin fasta kontakt. Men listningen är i många fall utformad på ett sådant sätt att valet är kopplat till vårdenheten, där patienten blir kvar även om personalen rör på sig. Ett stort problem i primärvården på flera håll i landet är att en eller flera tjänster inte är besatta, utan bemannas genom stafettläkare som arbetar en kort tid och sedan byts ut. Då försvinner den kontinuitet som är en av de viktigaste faktorerna för en bra och kostnadseffektiv primärvård.

Genom att ändra lagen så att vårdvalssystemen ska utformas på ett sätt som ger den som vill rätt att lista sig på en enskild läkare eller sjuksköterska stärks kontinuiteten i vården. Vårdcentralerna kommer att göra allt för att få fast anställd personal, eftersom patienterna och därmed intäkterna är knutna till personalen. En annan positiv effekt är att konkurrensen underlättas.

En listning på en enskild person ska inte vara tvingande. När läkaren eller sjuksköterskan byter jobb eller startar eget ska patienterna informeras om det och kunna välja att vara kvar om de inte vill följa med.

Arbetsgruppens förslag: Alliansen ska verka för att alla landsting uppmuntras att sluta avtal så att de boende kan välja att lista sig på vårdcentral på andra sidan landstingsgränsen.

För den som bor nära gränsen mellan två landsting kan det bästa alternativet för primärvård ligga på andra sidan landstingsgränsen. På flera håll i landet har

landstingen satt de medborgarnas bästa i första rummet och slutit avtal som gör det möjligt att lista sig på en vårdcentral som ligger i grannlandstinget.

EN SAMMANHÅLLEN PATIENTRÄTTIGHETSLAG

Arbetsgruppens förslag: För att säkerställa en rättvis vård ska en bred utredning tillsättas för att förbereda införandet av en särskild lag som syftar till att stärka patienternas ställning. Lagen bör dels ange vilken vård som en patient ska kunna förvänta sig, dels anvisa en väg för patienten att snabbt och enkelt få invändningar mot vården prövade.

Människors möjligheter att få god vård i tid ska inte vara beroende av om man är man eller kvinna, ung eller gammal, infödd eller inflyttad till Sverige, har högre eller lägre utbildning eller inkomst eller var någonstans i landet man bor. Vård måste ges på lika villkor, i enlighet med portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen. Så är det tyvärr inte alltid idag. Arbetsgruppen menar att en av de viktigaste utmaningarna inom sjukvårdspolitiken är att säkerställa en rättvis och jämlik vård.

Därför bör en bred utredning tillsättas för att förbereda införandet av en särskild lag som syftar till att stärka patienternas ställning. Idag finns bestämmelser som reglerar patientens rättigheter i flera olika lagar. Dessa bör samlas i en lag.

En patienträttighetslag bör dels ange vilka specifika rättigheter vårdtagarna har och dels fastställa en väg för den enskilde att snabbt och enkelt få sin rätt prövad. Landstingens skyldigheter gentemot patienten ska tydliggöras på ett sätt som gagnar såväl patienten som sjukvården. Avsikten med att införa en sådan patienträttighetslag är dock inte att övergå till en ordning som innebär att enskildas behov av vård prövas i förvaltningsdomstol. Den som inte är nöjd med sitt behandlingsbeslut bör i stället använda sig av rätten till förnyad medicinsk bedömning. Den som drabbas av fel och brister i vård och omsorg har också möjlighet att anmäla detta till Socialstyrelsen, som kan ställa krav på vårdgivare att vidta åtgärder för att förhindra att misstag upprepas, men också sprida kunskap om hur liknande händelser kan förhindras.

Utredningens utgångspunkt ska vara att den nuvarande ansvarfördelningen mellan stat och landsting ska ligga fast samt att tillämpningen av finansieringsprincipen inte ska ändras. Utredningen ska särskilt belysa de långsiktiga effekterna på efterfrågan på sjukvård och de långsiktiga kostnadskonsekvenserna, av att införa rättighetslagstiftning inom sjukvården.

Patienter ska ha rätt att erhålla anpassad information vilket innebär att alla patienter ska ha rätt att kräva både individuellt anpassad information om det egna hälsoläget och de olika behandlingsalternativ som finns. Alla patienter ska

även ha tillgång till objektiv och allmän information om var olika behandlingar ges och med vilken kvalitet. Det innebär att öppna jämförelser och alla tillförlitliga resultat från kvalitetsregister ska finnas tillgängliga på ett enkelt och begripligt sätt.

En jämlik vård garanteras bland annat genom att vårdgivare följer Socialstyrelsens föreskrifter. Socialstyrelsens nationella riktlinjer utgör därtill ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Dessa nationella riktlinjer får dock inte genomslag i tillräcklig omfattning och landstingens varierande tillämpning leder därmed till ojämlikheter i vården. De rekommendationer och riktlinjer som exempelvis Socialstyrelsen producerar bör därför i större utsträckning nyttjas och tillämpas av vårdgivarna.

Patienter bör, utan onödig administration, kunna välja vårdgivare i hela landet och EU/ESS-området. Idag finns frivilliga överenskommelser mellan landstingen ("det fria vårdvalet") men det finns många exempel på att det inte alltid fungerar friktionsfritt. Enligt domslut från EU-domstolen har patienter i de flesta fall rätt att söka vård i vilket EU-land som helst och i efterhand be hemlandet om ersättning för vårdkostnaderna. Det ska inte ställas upp otillbörliga krav på förhandsbesked för att ersättning ska utgå, men det ska också bli enklare att få ett förhandsbesked om patienten vill ha det för att slippa känna osäkerhet kring rätten till ersättning.

Barn ska erbjudas vård på barns villkor vilket exempelvis kan handla om att barn endast läggs in på sjukhus när den nödvändiga behandlingen inte kan ges på ett lika bra sätt i hemmet eller i öppenvård. Det kan vidare handla om att ha en förälder eller annan närstående hos sig under hela sjukhusvistelsen, att få information anpassad till sin ålder, samt att få vårdas tillsammans med andra barn, i en barnanpassad miljö och av personal med utbildning och kompetens att bemöta barn.

Alliansregeringen har redan tagit flera initiativ som bidrar till en stärkt ställning för patienten. Reformen och insatser för ökad valfrihet, lagstadgad vårdgaranti, utvidgad rätt till förnyad medicinsk bedömning, rätt till fast vårdkontakt, skärpt tillsyn av hälso- och sjukvården, öppna jämförelser och kvalitetsregister samt en oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården.

Sammantaget innebär Alliansens hälso- och sjukvårdspolitik redan idag en kraftfull förstärkning av patientens ställning.

ÖKA PATIENTENS TILLGÅNG TILL SIN EGEN PATIENTJOURNAL

Arbetsgruppens förslag: Patienter ska ha tillgång till informationen i sin egen journal.

Informationstekniken är ett kraftfullt verktyg som kan användas för att anpassa vård och omsorg efter den enskildes behov. Målsättningen för det utvecklingsarbete som nu pågår på olika håll och på olika nivåer ska vara att all dokumentation i form av patientjournalföring, på ett säkert sätt, ska kunna ske i en och samma journal. Denna enda journal ska följa patienten i samtliga vårdkontakter oavsett vårdgivare.

Rätten att elektroniskt få tillgång till sin egen journalinformation infördes den 1 juli 2008. Trots detta är det idag svårt att få tillgång till information som ger helhetsperspektiv på hälsan. Ansträngningar bör göras för att påskynda utvecklingen av en sammanhållen journal som också patienten äger tillgång till. Förändringar bör också göras för att ge patienten större kontroll över vem som får tillgång till den sammanhållna journalen för att stärka respekten för patientens integritet.

MÄTA OCH FÖLJA UPP PATIENTENS EGEN UPPLEVELSE AV BEMÖTANDE OCH KVALITET I VÅRDEN

Arbetsgruppens förslag: Patientens egen upplevelse av bemötandet och kvaliteten i vården bör i ökad utsträckning mätas och integreras i de öppna jämförelserna. Modern informationsteknik kan och bör användas effektivare i detta syfte.

Ett viktigt led i att stärka patientens ställning är att mäta och jämföra kvalitet och resultat i hälso- och sjukvården och att fånga upp patienternas egna upplevelser av vården.

Sveriges första nationella patientenkät genomfördes hösten 2009. 20 landsting och regioner deltog i detta omfattande arbete där drygt 160 000 enkäter skickades ut till patienter som besökt primärvården.

Alliansregeringen avsatte 10 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för att under 2010 genomföra en nationell patientenkät inom den specialiserade vården. Områden som ska mätas i enkäten är till exempel bemötande, information, tillgänglighet, delaktighet och upplevd nytta. Arbetsgruppen anser att detta arbetssätt bör utvecklas och på sikt omfatta alla delar av svensk hälso- och sjukvård. Det bör även integreras i arbetet med

öppna jämförelser för att ge en samlad bild av kvaliteten inom hälso- och sjukvården.

ENTREPRENÖRSKAP I PATIENTENS TJÄNST

Arbetsgruppens förslag: Det finns ett behov av ökat inslag av entreprenörskap och företagande på vård- och omsorgsutbildningar. Intresset för, och kunskap om, företagande behöver öka bland studenter och nyutexaminerade.

Det finns också ett behov av ett moderniserat regelverk vid etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården.

Vårdval Sverige skapar goda förutsättningar för entreprenörskap i vården. Ett ökat nyföretagande inom vården är önskvärt av flera skäl men främst för att nya vårdgivare stärker medborgarnas möjlighet att välja och välja bort. Det är viktigt att reglerna utformas så att de skapar konkurrensneutralitet och inte missgynnar småföretagande.

Målet med Vårdval Sverige är att flytta makt från politiker, tjänstemän och personal till patienterna. Avgörande för om det ska lyckas är att patienten får en reell valmöjlighet. Mångfald förutsätter goda förutsättningar för entreprenörskap och nyföretagande.

Lagen om valfrihet (LOV) skapar förutsättningar för konkurrens med kvalitet, inte enbart med pris. Därför är det önskvärt att den lagen tillämpas i ökad utsträckning vid upphandling av sjukvård.

Även regelverket för privat specialistsjukvård på områden där inte LOV är användbar behöver förbättras. Sedan 1993 finns möjlighet för läkare och sjukgymnaster att bedriva offentligt finansierad vård enligt den s.k. nationella taxan. Från EU har funnits kritik kring överlåtelseförfarandet. De nya reglerna för ersättningsetableringar undanröjer kritiken från EU men det finns ett behov av ett moderniserat regelverk vid etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården.

Nuvarande regler för moms är anpassade utifrån att huvuddelen av välfärdstjänsterna produceras i offentlig regi. Utvecklingen går nu snabbt mot att allt mer av vård, skola och omsorg produceras privat. Momsreglerna bör anpassas för att undvika snedvridning av konkurrensen.

Arbetsgruppen anser vidare att export av svensk sjukvård och ökat internationellt utbyte inom hälso- och sjukvården bör främjas då det stimulerar framväxten av nya företag och arbetstillfällen. Utbytet främjar kvalitetsutvecklingen av såväl offentligt- som privat driven svensk sjukvård och också är en viktig del i strävan att bibehålla och öka attraktiviteten för arbete inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Köfri vård och förbättrad tillgänglighet

Alliansen har en vision om en hälso- och sjukvård fri från väntetider som inte är medicinskt motiverade. Därför har vi satt fokus på tillgängligheten. Vårdval ökar möjligheterna för nya vårdgivare att etablera sig och stärker den enskildes rätt att välja i primärvården. Det har inneburit en kraftigt förbättrad tillgänglighet i primärvården. Satsningen på kömiljarden har stärkt patientens ställning. Den lagstadgade vårdgarantin tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär. En lagreglerad skyldighet för landstingen innebär också att det finns bättre möjligheter för medborgare att utkräva politiskt ansvar om landstingen inte lever upp till skyldigheten.

När kömiljarden lanserades i september 2008 hade nära 130 000 personer stått i vårdkö i längre än vad som reglerades i den dåvarande vårdgarantin. Endast tre landsting nådde de miniminivåer som satts upp i satsningen. Under 2009 har det skett kraftiga förbättringar. Antalet patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på besök till specialist har minskat med 77 procent, och för väntetiderna till behandling/operation är minskningen hela 82 procent.

För år 2010 har regeringen skärpt kraven ytterligare för att landstingen ska få del av kömiljarden. Vi har tagit betydande steg mot målet om en köfri vård. Arbetsgruppen vill fortsätta arbeta mot detta slutmål.

SKÄRPT VÅRDGARANTI OCH VIDAREUTVECKLAD KÖMILJARD

Arbetsgruppens förslag: Patientens ställning bör stärkas ytterligare och därför föreslår vi en förstärkt vårdgaranti som utvidgas till att också gälla vissa diagnostiseringsåtgärder som exempelvis röntgen. Målsättningen är att vårdgarantins nuvarande 0-7-90-90 dagar ska skärpas till 0-5-30-60 dagar. Detta ska kompletteras med en yttre tidsgräns på 95 dagar. Det innebär att tiden från första kontakt med vården till påbörjad behandling ska vara högst 95 dagar. Till skillnad från idag inkluderas därmed även tid för utredning och diagnostik inom vårdgarantins tidsramar.

Kömiljarden ska kontinuerligt utvärderas, anpassas och vidareutvecklas för att skapa drivkrafter och möjlighet för landstingen att leva upp till en skärpt vårdgaranti.

Svensk hälso- och sjukvård bygger på principen att den ska ges efter behov och på lika villkor. För att detta ska uppnås måste vården vara lätt tillgänglig. Väntetider till besök eller behandling ger upphov till onödigt lidande och det är det förhållande inom vården som medborgarna i allmänhet är mest missnöjda med. Långa väntetider innebär också kostnader för sjukförsäkringen och för arbetsgivare, när anställda är sjukskrivna i väntan på en behandling.

Dagens vårdgaranti berättigade till tid hos allmänläkare inom sju dagar, tid hos specialist inom 90 dagar och efter konstaterat behov av behandling ska sådan påbörjas inom ytterligare 90 dagar. Trots den frivilliga vårdgarantin var det fortfarande långa väntetider till besök och behandling. Alliansregeringen har därför stimulerat arbetet med att korta köerna i landstingen genom den så kallade kömiljarden. Resultatet har varit mycket gott.

Inom barn och ungdomspsykiatri har vårdgarantin förstärkts. Skärpningen innebär att senast under 2011 ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30.

Arbetsgruppen vill gå vidare och målsättningen är att skärpa vårdgarantin ytterligare; tid hos allmänläkare inom fem dagar, tid hos specialist inom 30 dagar och efter konstaterat behov av behandling ska detta ske inom ytterligare 60 dagar. Till detta läggs en yttre tidsgräns på 95 dagar. Det innebär att tiden från första kontakt med vården till påbörjad behandling ska vara högst 95 dagar. Till skillnad från idag inkluderas därmed även tid för utredning och provtagning inom vårdgarantins tidsramar.

Arbetsgruppens förslag: Kömiljarden ska användas för att uppmuntra landstingen att organisera vården så att det finns alternativ inom rimliga avstånd om den vård som bedrivs i egen regi inte klarar vårdgarantin.

Kömiljarden bör vidareutvecklas i syfte att skapa drivkrafter och möjligheter för landstingen att leva upp till en skärpt vårdgaranti.

På flera håll i landet saknas vårdgivare att gå till om landstingets egen vård inte klarar vårdgarantin. Avstånden kan vara stora i Sverige och för att få vård i tid måste patienterna resa långt. Fler landsting borde släppa in privata, kooperativa och ideella aktörer för att ge patienterna alternativ. För de landsting som föredrar att driva vård i egen regi är en möjlighet att göra ramupphandlingar, där de vårdgivare som vunnit upphandlingarna träder in endast om den egna vården inte klarar garantitiderna.

BÄTTRE FUNGERANDE AKUTSJUKVÅRD

Arbetsgruppens förslag: Alliansregeringen har genom vårdval och kömiljarden förbättrat tillgängligheten i vården. Arbetsgruppen anser att nästa steg är att verka för bättre fungerande akutvård. Det handlar om att utveckla arbetssätt som förbättrar bemötandet och som ger rätt vård till rätt patient i rätt tid.

Varje akutsjukhus bör sträva efter att ha hög kompetens i första linjen. Det gör att alla patienter får en kvalificerad första bedömning av vårdbehovet. Av dem som bedöms vara i behov av vård på akutmottagningen bör målet vara att ingen ska vänta längre än 4 timmar på att få ett omhändertagande.

Bättre möjligheter till jämförelser mellan akutsjukhusen uppmuntrar till att lära av goda exempel. Därför bör jämförelsetal tas fram både för tid för första bedömning och för genomströmningstid. Det är också av stor vikt att mäta patienternas egna upplevelser av bemötande och vård på akutmottagningarna. Måluppfyllelsen måste kontinuerligt utvärderas och behov av ytterligare åtgärder, t.ex. justeringar inom ramen för statsbidragen till landstingen, analyseras. Väntetiderna och den allmänna situationen på landets akutmottagningar är ofta problematisk. Brister i bemötande och långa väntetider på akuten är ofta ett symptom på att det finns svagheter i andra delar av vården, exempelvis vad gäller tillgänglighet i primärvården vid akuta sjukdomsfall eller att det brister i omhändertagandet av de mest sjuka äldre.

Bristande tillgänglighet till vårdcentraler leder till att alltför många söker sig till sjukhusens akutmottagningar för vård. Där prioriteras alltid de sjukaste först. Väntetiderna för patienter med lägre prioritet blir ofta orimligt långa. Trycket på akuten har gjort att situationen många gånger blir svår att hantera för personalen. Detta kan leda till risker för patienternas säkerhet.

När patienter upplever brister i bemötandet och att de blir lämnade att sitta i timtals i väntrummet skapas irritation och en känsla av otrygghet. Det är därför av stor vikt att målmedvetet arbeta med att förbättra bemötandet och korta väntetiderna på akutmottagningarna.

När vårdvalet får genomslag, med krav på bättre öppettider och telefontillgänglighet, skapas förutsättningar för en avsevärt förbättrad situation. Centralt är också ett bättre omhändertagande av de mest sjuka äldre.

På en akutmottagning är det centralt att vårdbehovet avgör vem som får vård först. Hjärtattacker ska gå före skrubbsår och snuvor. Triage är ett system för att göra den första bedömningen av en patients vårdbehov utifrån vissa givna kriterier. Patienten hamnar i en kategori beroende på hur stort och hur akut vårdbehovet är. Därefter ska patienten omhändertas inom en viss definierad referenstid.

Förutom att vara ett direkt stöd i det dagliga prioriteringsarbetet på akutmottagningen kan systemet användas som ett verktyg för kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning. Genom att studera hur stor andel av patienterna i respektive kategori som omhändertas inom den angivna referenstiden kan man bilda sig en uppfattning om en akutmottagnings arbetsbelastning och kvalitet respektive behovet av att genomföra förändringar i arbetsrutinerna. Det blir ett verktyg för att utveckla och stimulera ett arbetssätt som sätter varje patient i fokus.

På kirurgakuten på Karolinska Sjukhuset i Huddinge har man halverat väntetiderna genom att ändra arbetssätt. Innan förändringen höll trycket på akuten på att knäcka personalen och patientsäkerheten hotades. När vårdstrejken bröt ut 2008 var de tvungna att ändra sina arbetsformer. Nyckeln till effektiviseringen har varit att första patientmötet sker med både läkare, sjuksköterska och undersköterska samtidigt. Dessutom har ett IT-system som passar det nya arbetssättet utvecklats.

FÖRBÄTTRA VÅRDEN FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE

Vården och omsorgen i Sverige håller i många avseenden hög kvalitet. Hälso- och sjukvården blir allt bättre på att behandla sjukdomar som är förknippade med hög ålder. Samtidigt finns olösta, strukturella problem i vården och omsorgen. Det drabbar främst äldre personer med de allra största behoven, de som har svårast att göra sin röst hörd.

Under nästa mandatperiod måste det vara en huvuduppgift att ytterligare förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Det handlar om hälso- och sjukvårdens största och samtidigt mest vårdbehövande patientgrupp. Det är uppenbart att en god vård på lika villkor för denna grupp kräver särskilda åtgärder.

Alliansarbetsgruppen för äldrepolitik lägger i sin rapport fram förslag med utgångspunkten att vården och omsorgen ska anpassas efter de mest sjuka äldres behov, inte tvärtom.

Det är brister i det medicinska ansvaret som är allra mest angeläget att komma till rätta med. Åtgärder behöver riktas både till omsorgen och vården, men med tonvikten lagd på primärvården.

Förbättrad patientsäkerhet

Hälso- och sjukvården är en riskverksamhet. Socialstyrelsen genomförde under 2007 en nationell kartläggning av antalet vårdskador inom somatisk slutenvård. Resultaten presenterades våren 2008 och visade att det kan vara upp till 100 000 patienter som skadas och 3 000 som avlider varje år till följd av en vårdskada som hade kunnat förebyggas. Dessa siffror visar att det är 6-7 gånger fler som dör till följd av en vårdskada än som dör i trafiken varje år.

Skadorna innebär ett stort lidande för den enskilda person som drabbas – men påverkar också de anhöriga. Skadorna tar en stor del av vårdens resurser i anspråk och leder till minskat förtroende för vården hos patienter och allmänhet.

Det finns ett begränsat underlag om vilka kostnader vårdskador genererar per år för patienterna, för vården och för samhället i stort. I en rapport från Socialstyrelsen år 2006 uppskattades att den samlade och direkta vårdkostnaden enbart för sjukhusinfektionerna överstiger 3,7 miljarder kr per år.

Enligt en rapport från SKL drabbas omkring 10 procent av patienterna inom somatiska slutenvården av en vårdrelaterad infektion. Kostnaderna för detta uppskattas till ungefär 4,5 miljarder kronor.

På grund av det begränsade underlaget så gav alliansregeringen Socialstyrelsen i uppdrag att göra en mer detaljerad undersökning över antalet vårdskador i Sverige. I den undersökning som Socialstyrelsen publicerade våren 2008, konstaterades att 8,6 procent av patienterna inom den somatiska slutenvården hade fått en förebyggbar vårdskada. Omräknat till vård dygn motsvarar detta cirka 630 000 extra vård dygn. Brister i patientsäkerhet medför alltså stora kostnader för sjukvårdshuvudmännen.

Till detta ska läggas kostnader för förlängd sjukskrivning för den som drabbas, men också för dem som tvingas stå längre i vårdköer till följd av platsbrist.

Socialstyrelsen konstaterade också i vårdskadeundersökningen att vårdskador huvudsakligen beror på brister i struktur och arbetsrutiner. Hälften av alla vårdskador skulle gå att undvika genom bättre följsamhet till riktlinjer för diagnostik och behandling samt till rutiner, exempelvis vad gäller vårdhygien.

Antalet förebyggbara vårdskador ligger på en oacceptabelt hög nivå. Vården måste bli säkrare. Med en säkrare vård kan vi undvika onödigt lidande och frigöra resurser och vårdplatser för andra patienter.

ALLIANSEN STÄRKER PATIENTSÄKERHETEN

En grundläggande förutsättning för att lyckas i arbetet med att förbättra patientsäkerheten är att i ökad utsträckning främja en lärande kultur med fokus på system, rutiner och riskfyllda processer. Därför genomför alliansregeringen nu viktiga reformer på patientsäkerhetsområdet. En helt ny patientsäkerhetslag träder i kraft den 1 januari 2011. Syftet är att få ned antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att vårdpersonalen begått misstag.

Vårdgivaren får ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård. Det ska också bli enklare för patienter och anhöriga att påtala fel och brister. Patientens klagomål ska utredas förutsättningslöst av Socialstyrelsen. Vårdgivaren ska också göra det lättare för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem att inkomma med synpunkter. Även ansvarssystemet förändras för att effektivare kunna identifiera så kallade riskindivider i personalen och vid behov besluta om provotid eller återkallande av legitimation.

Patientsäkerheten har uppmärksammats i allt högre grad hos vårdgivare och sjukvårdshuvudmän. Det arbete som pågår ska naturligtvis fortgå. Men vi behöver gå vidare och öka ansträngningarna för att öka säkerhet och kvalitet i vården.

NATIONELL SATSNING FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Arbetsgruppens förslag: Ett årligt stimulansbidrag satsas enligt en prestationsbaserad modell för att förbättra patientsäkerheten. Pengarna bör fördelas till landstingen utifrån de resultat respektive landsting uppvisar utifrån ett antal utvalda patientsäkerhetsindikatorer.

De ekonomiska drivkrafterna inom landstingen för ett aktivt och framgångsrikt patientsäkerhetsarbete är i dag för svaga. Det bör därför löna sig bättre för landstingen att bedriva ett aktivt säkerhetsarbete. Kömiljarden har haft en betydande effekt på tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård. Genom att mäta och belöna goda resultat skiftas fokus i verksamheten och det skapas starka drivkrafter att nå de resultatmål man satt upp för verksamheten.

Förutom att skapa en säkrare vård för patienten ger ett förbättrat och mer aktivt patientsäkerhetsarbete flera vinster för samhället:

- Minskat lidande då färre patienter drabbas
- Minskade utgifter för patientförsäkringen och därmed lägre premier för landstingen
- Färre operationer som behöver göras om till följd av misstag
- Färre avdelningar som behöver stängas till följd av infektioner och smitta
- Färre vård dygn och effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården möjliggör förbättrad tillgänglighet och kortare vårdköer
- Färre sjukskrivningar och kortare sjukskrivningsperioder – både till följd av färre vårdskador och till följd av kortare vårdköer
- Ökad trygghet och ökat förtroende för vården

Landstingen har stora vinster att göra på ett förstärkt patientsäkerhetsarbete, och förhoppningen är att vi kommer se goda resultat av alliansregeringens satsningar på patientsäkerhet inom kort. En prestationsbaserad patientsäkerhetssatsning syftar till att stimulera och stödja ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hälso- och sjukvården. Stimulansbidraget bör bestå av två delar. En första del som handlar om krav på inrapportering och rapporter för att kvalificera sig för att få vara med och tävla om patientsäkerhetssatsningen och en andra del som handlar om hur pengarna fördelas mellan de landsting som kan visa att de har säkrast vård.

- För att få vara med och få del av stimulansbidraget måste ett landsting sammanställa en så kallad patientsäkerhetsberättelse i enlighet med den nya lagstiftningen. Till denna ska bifogas en handlingsplan som visar de åtgärder landstinget planerar att vidta för att förbättra patientsäkerheten. Landstingen måste också säkerställa att vårdgivarna rapporterar av vårdskador och händelser till relevanta databaser och register.
- Med de grundläggande förutsättningarna uppfyllda ska resultaten från regelbundna mätningar av ett antal indikatorer sedan ligga till grund för fördelningen av pengarna, såsom exempelvis vårdrelaterade infektioner, felaktig läkemedelsbehandling, antalet reoperationer och förekomst av fallskador och trycksår i samband med vård. Ersättningen skulle också kunna kopplas till läkemedelsgenomgångar för de mest sjuka äldre samt resultatet på mätningar av den patientupplevda kvaliteten. Det är viktigt att modellen ger upphov till ökad rapportering av vårdskador och inte ger utrymme för manipulation.

Precis som med kömiljarden så anser arbetsgruppen att de exakta villkoren för patientsäkerhetssatsningen bör tas fram i form av en gemensam överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKL. Villkoren i överenskommelsen ska sedan omförhandlas årligen så att vi varje år kan ta nya

steg mot en ännu säkrare vård. Även om villkoren kommer att skärpas är det viktigt att grunden består för att stimulera långsiktiga och bestående förbättringar.

Att staten och landstingen har en gemensam syn både på problemen och hur vi tillsammans ska få en bättre och säkrare vård är viktigt för goda resultat. Därför har Socialdepartementet redan initierat en "Nationell samling för patientsäkerhet" där företrädare för regering, myndigheter, landsting, vårdgivare och personalen träffas för att diskutera hur alla parter kan arbeta tillsammans för att få en säkrare vård.

E-HÄLSA – FÖR ÖKAD KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET

Arbetsgruppens förslag: En elektronisk journal sammankopplad med den Nationella Patientöversikten ska finnas i alla landsting. Syftet är att öka patientsäkerheten och effektiviteten. I de nya systemen ska kraven på skyddet för patientens integritet vara högt ställda.

E-hälsa är ett samlingsbegrepp för all användning av informations- och kommunikationsteknologi inom hälso- och sjukvården. Elektroniska patientjournaler, elektroniska recept, digitala röntgenbilder och webbportaler med hälsoinformation riktad till medborgare är exempel på tjänster inom e-hälsa. Tjänsterna innebär att nödvändig journalinformation kan utbytas mellan vårdgivare inom och mellan länder på ett enkelt och säkert sätt. E-hälsotjänster underlättar informationsöverföring vilket förbättrar förutsättningarna för forskning, uppföljning och kvalitetsjämförelser.

Hälso- och sjukvården har inte fullt ut lyckats nyttja modern informationsteknik för att effektivisera verksamheten. Det innebär risker för patientsäkerheten och slöseri med tid. Patienten måste ofta själv hålla reda på uppgifter från olika vårdgivare och berätta sin sjukdomshistoria gång på gång. Vårdpersonalen får lägga mycket tid på att leta efter papper, posta, faxa och uppge samma uppgifter i flera olika datorsystem med olika inloggningar.

Staten och landstingens gemensamma IT-arbete har under mandatperioden nått så långt att den Nationella Patientöversikten har kunnat användas på försök. Den mest vitala informationen om en patients tidigare och pågående behandlingar blir då tillgänglig för vårdpersonalen. I Nationell Patientöversikt kan man få information om ordinerade, förskrivna och utlämnade läkemedel vilket ger en helhetsbild av patientens totala medicinering. Denna kunskap minskar risken för dubbelmedicinering eller komplikationer när nya läkemedel ska sättas in.

Det är viktigt att nu dra full nytta av den grund som har lagts på IT-området. Arbetsgruppen vill att arbetet ska bedrivas vidare och att de system som finns utvecklas vidare. På så sätt kan administrationen minska, patientsäkerheten öka, kvalitetsutvecklingen bedrivas mer aktivt och den kliniska forskningen hållas på

en världsledande nivå. I första hand ska naturligtvis den Nationella Patientöversikten kunna användas i hela landet.

System för enkel och säker överföring av röntgenbilder, provresultat, remisser med mera ska utvecklas vidare. Systemen bör också vara byggda så att inrapportering till diverse register sker helt automatiskt.

UTVECKLA EFFEKTIVARE BESLUTSSTÖD

Arbetsgruppens förslag: Utvecklingen av elektroniska beslutsstöd som kan vara integrerade i journalsystemet bör stödjas och påskyndas. Beslutsstöden ska tillhandahålla ett lättillgängligt och samlat utbud av aktuell och relevant kunskap till personal på alla nivåer.

Den globala forskningsaktiviteten inom det medicinska området är betydande. Det är omöjligt för en enskild läkare att hålla sig fullt uppdaterad. Utmaningen är särskilt stor för allmänläkare som ska förhålla sig till hela det medicinska fältet. Problemet för läkare är inte bristen på information utan snarare att den rika floran av tidskrifter och nätbaserade uppslagsverk inte går att överblicka. Det finns därför ett stort behov av beslutsstöd som gör det möjligt för läkaren att snabbt hitta rätt kunskap när den behövs.

I Norge har Norsk Helseinformatikk (NHI) på uppdrag av Helsedepartementet utvecklat ett av intressen oberoende elektroniskt uppslagsverk, Norsk elektronisk legehåndbok. Sedan 2003 finns systemet på Internet där det dagligen uppdateras. Sverige bör lära av Norge och utveckla ett oberoende beslutsstöd för läkare.

I Sverige pågår utveckling och integrering av IT-baserade och producentoberoende kunskapsstöd för läkemedelsförskrivning. Dessa ökar säkerheten vid läkemedelsbehandling. Inom ramen för 2009 års Dagmaröverenskommelse var alliansregeringen och SKL överens om att stödja utvecklingen och införande av forskrivarstöd och gemensamma läkemedelslistor. Implementeringen av elektroniskt forskrivarstöd bör enligt arbetsgruppen ges högsta prioritet.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla och ansvara för en kunskapsportal inom psykiatri- och äldreområdena. Syftet med portalen är att strukturera den kunskap som finns och växer fram inom områdena samt att tillhandahålla ett lättillgängligt och samlat utbud av aktuell och relevant kunskap till personal på alla nivåer som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som lider av psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning eller med äldre. Portalen ska också kunna användas som ett effektivt verktyg för att stödja arbetsgivarna i deras ansvar att implementera bl.a. aktuell forskning, kunskapsöversikter och riktlinjer inom psykiatri- och äldreområdena.

FÖRBÄTTRAD LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Arbetsgruppens förslag: Arbetet med en läkemedelsstrategi bör bedrivas vidare för att ta ett helhetsgrepp om läkemedelsfrågorna, bl.a. i syfte att minska skador hos patienter. Äldres läkemedelsanvändning behöver fortsatt uppmärksammas.

Felaktig läkemedelsbehandling är en vanlig anledning till att patienter skadas i vården. Det handlar till stor del om läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner, något som främst drabbar de mest sjuka äldre som tar ett stort antal olika läkemedel.

Läkemedelsrelaterad patientsäkerhet handlar om att ge förskrivare möjligheter att uppdatera sina kunskapar om läkemedel och patientsäkerhet, att förbättra biverkningsrapporteringen och att skapa tydligare rutiner kring behandling av äldre och de som använder ett stort antal läkemedel samtidigt.

Hur läkemedel fungerar i praktiken är en fråga som har diskuterats länge utan att det har hänt så mycket på området. Kunskapsnivån är för låg vad gäller hur läkemedlen fungerar när de faktiskt används av patienter, vilka effekter de har i olika ålders- och sjukdomsgrupper samt effekter av olika läkemedel i kombination med varandra.

Frågorna är många men svaren än så länge få. För att komma till rätta med detta behövs ny kunskap och andra typer av studier och uppföljningar än de kliniska prövningar som görs innan ett läkemedel godkänns för förskrivning.

ÖKA RAPPORTERINGEN AV LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR

Förbättrad rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig parameter för att öka säkerhet för de läkemedel som är i användning. Läkemedelsverket redovisade 2003 en utredning om biverkningsområdet – Biverkningsutredningen. I denna utredning presenterades förslag till åtgärder inom biverkningsområdet. Några av förslagen har realiserats men fortfarande kvarstår ett flertal förslag att genomföra.

Det är framförallt angeläget att utveckla system för att förbättra möjligheten elektroniskt rapportera biverkningar från hälso- och sjukvården. Arbetet med hur återkoppling av inrapporterade biverkningar sker behöver också utvecklas.

DE MEST SJUKA – PERSONER MED MER ÄN TIO LÄKEMEDEL

Arbetsgruppens förslag: Personer med mer än tio läkemedel bör erbjudas läkemedelsgenomgångar.

I svensk hälso- och sjukvård har man under lång tid utvecklat ett arbetssätt där vårdbehov bedöms utifrån diagnos. Även de riktlinjer och rekommendationer som tas fram utgår många gånger från detta synsätt. Detta sätt att arbeta passar inte alltid de mest sjuka äldre. För dessa patienter krävs istället ett situationsorienterat arbetssätt där vårdbehovet bedöms utifrån en helhetssyn på personens samlade livssituation, dennes olika symtom och besvär.

För en person med sammansatta vårdbehov som får rekommenderad behandling för varje enskild diagnos kan detta i sig innebära en medicinsk risk. Biologisk ålder, försämrade njur- och leverfunktion kan försvåra behandlingen. Allt detta gör att de mest sjuka äldre har ett extra stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård. När det gäller läkemedelsbehandling ställs stora krav på de läkare som behandlar den äldre.

Initialt bör en målsättning vara att alla med fler än tio läkemedel får regelbundna multiprofessionella läkemedelsgenomgångar där läkare, farmaceuter och sjuksköterskor deltar. Målsättningen bör därefter successivt skärpas.

Kunskapen om hur olika terapier ska vägas och prioriteras mot varandra i samband med en genomgång av en patients läkemedel är idag ofullständig. Nuvarande utformning av randomiserade läkemedelsstudier, som normalt kräver väl definierade och lättöverskådliga patientgrupper förmår inte ge svar på de frågeställningar som finns för den här gruppen. Det finns därför ett stort forskningsbehov men även ett behov av ökad spridning av den kunskap som redan finns till förskrivare om hur man bör värdera och prioritera bland en patients läkemedel.

Sådan kunskap bör i större utsträckning än idag ges under hela utbildningen av läkare men även till annan sjukvårdspersonal. Som komplement till grundutbildningen för läkare skulle en mer samlad genomgång av aktuell kunskap kunna ges som en specificerad kurs under AT-läkartiden. För läkare under ST-utbildning bör liknande kurser finnas med i kursutbudet.

De mest sjuka äldre behöver hjälp av en läkare att samordna, prioritera och följa upp sin läkemedelsbehandling. Många gånger saknar läkaren kunskap om hur de olika läkemedlen interagerar och om den samlade effekten. Läkaren ska ta ansvar för att följa riktlinjer och rekommendationer och samtidigt se till så att patienter inte får för många läkemedel. Det är därför viktigt att den enskilde läkaren kan få ett bättre stöd i förskrivningsögonblicket än vad som är fallet idag.

ANTIBIOTIKARESISTENS – ETT HOT MOT HÄLSA OCH SÄKERHET I VÅRDEN

Upptäckten av penicillin räknas som en av medicinhistoriens största upptäckter. Redan tidigt kom dock rapporter om att bakterier kunde producera ett enzym som inaktiverade penicillinet, det vi numera kallar resistensutveckling. Läkemedelsindustrin kunde fram till 1970-talet möta denna utveckling genom att framställa nya antibiotika med andra verkningsmekanismer. Denna utveckling har dock i det närmaste upphört

Den moderna sjukvård vi vant oss vid och tar för given, kräver tillgång till verksamma antibiotika. Utan nya antibiotika kan vanliga infektionssjukdomar som exempelvis lunginflammation och blodförgiftning åter bli dödliga hot.

Avsaknad av effektiva antibiotika ökar kraftigt kostnaderna för hälso- och sjukvården. Därför prioriterade den svenska regeringen under ordförandeskapet att samla politiker och forskare från både Europa och USA för diskutera hur utvecklingen kan vändas så att vi kan säkerställa en utveckling av nya antibiotika.

Sverige behöver nu gå vidare och intensifiera arbetet för att hindra utvecklingen och minska spridningen av resistenta bakterier

NATIONELLT MÅL FÖR ANTIBIOTIKAFÖRSKRIVNING

Arbetsgruppens förslag: Det bör sättas upp ett nationellt mål för öppenvården att på fem års sikt minska antalet antibiotikarecept till 250 per tusen invånare och år.

Ett övergripande, långsiktigt och kvantitativt mål att minska antalet antibiotikarecept till 250 per tusen invånare och år skulle innebära att svensk förskrivning på fem års sikt skulle ligga i nivå med Nederländernas antibiotikaförbrukning, som är lägst i Europa. I Sverige varierar antibiotikaförskrivningen något mellan landstingen, från som lägst ca 340 recept per tusen invånare till 470 recept per tusen invånare. De landsting med högst förskrivning skulle alltså nästan behöva halvera förskrivningen för att nå målet.

Det är viktigt att målet ses som genomsnittsförbrukning på nationell nivå och inte tillämpas på enstaka vårdenheter. Det kan däremot utgöra en måttstock på länsnivå.

Naturligtvis ska alla patienter som har nytta av antibiotika behandlas enligt gällande rekommendationer. Som stöd för bedömning av patientens symtom och värdering av ”nytta” finns numera nationella rekommendationer för flertalet

vanliga infektioner i form av från Läkemedelsverket och Strama. Om deras rekommendationer följdes skulle förskrivningen minska kraftigt.

Stärkt hälsofrämjande arbete

Kunskapen om kost, motion och ett hälsosamt liv finns idag hos de allra flesta och engagemanget i, och medvetenheten om, den egna hälsan är större än någonsin tidigare. Trots detta är hälsan är ojämlikt fördelad i landet. Vissa livsstilsrelaterade hälsoproblem som är kopplade till stress, rökning, alkoholriskbruk och övervikt är mer vanligt förekommande i vissa grupper än i andra.

Beräkningar visar att minst en tredjedel av hjärt-/kärlsjukdomarna och vart tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna skulle kunna förebyggas med förändrade levnadsvanor.

Eget ansvarstagande för hälsan förutsätter kunskap om hur man lever hälsosamt. Kunskap om hälsa som omsätts i praktiken och leder till en hälsosam livsstil kan förebygga sjukdomar. På det sättet kan den enskilde slippa förebyggbara sjukdomar och vi får en bättre hushållning med vårdens resurser. Det hälsofrämjande arbetet bör inriktas på att ge människor kunskap och möjligheter att själva förebygga sjukdomar och leva ett gott liv.

Att skapa förutsättningar för ett hälsosamt och aktivt liv berör en mängd olika samhällssektorer. Det berör samhällsplaneringen, allt från anläggning av cykelbanor till att skapa platser för spontan lek och idrottsutövning. Det handlar om den ideella sektorns villkor – inte minst idrottsrörelsen. Och det handlar naturligtvis om skolan och skolhälsovården. De vanor som grundläggs i barndomen följer ofta med upp i åldrarna och barnens kunskap följer med hem till föräldrarna.

ÖKA PATIENTENS DELAKTIGHET MED HÄLSODAGBOK

Arbetsgruppens förslag: Patienternas egen delaktighet i och ansvarstagande för det hälsofrämjande arbetet bör öka. IT-baserade verktyg, t.ex. i form av en elektronisk hälsodagbok, kan bidra till att öka motivationen och delaktigheten hos den enskilde.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll för att förebygga ohälsa, men det preventiva arbetet ges ofta en alltför låg prioritet. Villkoren i vårdens vardag är ofta sådana att de mer akuta insatserna som lindrar patientens omedelbara symptom ges prioritet framför de mer långsiktigt syftande hälsoarbetet. Det är en utmaning för svensk hälso- och sjukvård att bli mer inriktad på hälsa, och mindre fokuserad på diagnos.

Undersökningar visar att upp till 90 procent av befolkningen önskar diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonalen. Trots det är det endast 30 procent av dem som sökt vård senaste året som uppger att detta har skett. Frågor om rökning, alkoholvanor, kost och motion borde vara standard för alla som söker vård för symptom som kan vara livsstilsrelaterade.

En egen elektronisk hälsodagbok kan vara ett konkret och handfast verktyg för att stärka motivationen för den enskilde. Det kan också fungera som en praktisk hjälp för personalen i att ge hälsofrämjande råd och tips.

I hälsodagboken kan man lägga in information om behandlingar, läkemedel, provsvar, vårdplaner både offentligt och privat finansierad vård och tandvård.

Genom att själv lägga in uppgifter om kost, rökning, alkohol och motion kan den enskilde få en överblick över sin livsstil och sambandet med hälsan, vilket i sin tur kan bidra till förändrade vanor. En hälsodagbok kan också fungera som ett uppföljningsverktyg för patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar. Istället för att läkaren förskriver läkemedel så kan man även tänka sig att patienten ingår ett "kontrakt" med vården att ändra livsstil, vilket följs upp i hälsodagboken och där resultaten av behandlingen också registreras.

Ett initiativ av detta slag bygger naturligtvis på frivilligt deltagande och engagemang från patientens sida. Patienten ska själv bestämma över sin hälsodagbok, och ska också kunna känna sig trygg i att ingen obehörig får insyn eller kan lägga till eller ta bort information.

Vinsterna av ett införande av en elektronisk hälsodagbok är flera. Patienten kan bli mer aktiv och ta större eget ansvar om man har tillgång till information. Med tillgång till bättre information kan vården bli mer säker än i dagsläget. Det ger också större förutsättningar till ett helhetsperspektiv på den enskilde patientens hälsa.

STARKARE DRIVKRAFTER ATT FRÄMJA HÄLSA

Arbetsgruppens förslag: Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete behöver stärkas. Primärvårdens vårdcentraler bör utvecklas för att i högre utsträckning erbjuda främjande, evidensbaserad hälsovård. Ersättningsystemen bör utvecklas för att stimulera denna utveckling. På sikt kan det vara värt att överväga en prestationsbaserad ersättning till landstingen.

Förbättrade levnadsvillkor har resulterat i en förbättrad allmänhälsa och ökad medellivslängd i Sverige. Samtidigt kan vi se en negativ trend när det gäller exempelvis psykisk ohälsa bland unga och äldre. En annan känd hälsorisk är ökat stillasittande och osunda matvanor som kan leda till fetma, diabetes och benskörhet. Ett allvarligt problem, inte minst bland ungdomar, är bruket av tobak, alkohol och droger som utgör ett stort hot mot en förbättrad hälsa. Under senare år har många undersökningar visat på att spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar ökat kraftigt. Mycket tyder på att framför allt unga människor tar större risker och har blivit sämre på att skydda sig mot denna typ av sjukdomar.

Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bör därför ges ett större utrymme inom ramen för den dagliga hälso- och sjukvården. För att klara det förebyggande arbetet bör denna del inom primärvården stärkas och vårdcentralerna bör erbjuda lättillgänglig, effektiv och livsstilsrelaterad vägledning.

PSYKISK OHÄLSA HOS BARN OCH UNGDOMAR

Flera undersökningar visar att svenska barn generellt sett mår bra. Däremot finns det starka skäl att uppmärksamma den psykiska ohälsan hos våra ungdomar. Allt fler ungdomar känner sig nere, har svårt att somna, har ont i magen eller i huvudet. Försämringen av ungdomars psykiska hälsa är inget som uppträtt under senare år utan utvecklingen har pågått under flera decennier. Internationella jämförelser visar att svenska ungdomar mår sämre än sina jämnåriga i andra OECD länder. Exempelvis finns inte alls samma tendens till ökad psykisk ohälsa i Finland. Det handlar alltså inte om att vi följer en trend som finns i övriga OECD länder, vilket är fallet gällande ökningen av diabetes, fetma och allergi.

I den statliga utredningen "Ungdomar, stress och psykisk ohälsa" konstaterades att det finns ett tydligt samband mellan brister i skolan och elevernas psykiska ohälsa. Dessutom konstaterades ett samband mellan psykisk ohälsa och förändringar på arbetsmarknaden som lett till att ungdomar i ökad utsträckning hamnar i ett utanförskap.

Åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan hos svenska ungdomar måste därför vara inriktade på att förbättra skolan och på att ge ungdomar möjlighet att etablera sig på arbetsmarknaden.

Alliansregeringen har särskilt prioriterat barn och unga med psykisk ohälsa. Bland annat genom ökat stöd till landstingen i deras arbete för att förbättra tillgängligheten till vård och omsorg för barn och unga och skärpt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri. Regeringen har kommit överens med Sveriges Kommuner och Landsting om att utveckla modeller för mötet med barn och unga inom första linjens vård och omsorg, till exempel vid vårdcentraler, ungdomsmottagningar, skolhälsovård, mödra- och barnavårdscentraler.

Ett nationellt centrum för barn och unga har startats. Det ska samla och sprida kunskap om hur man identifierar, förebygger och ger stöd i ett tidigt skede till barn som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa.

EN NATIONELL SATSNING PÅ ELEVVÄLSAN

Arbetsgruppens förslag: Det behövs en fortsatt satsning för att förbättra elevhälsan. En ökning av det statliga stödet till elevhälsan bör därför övervägas.

En viktig åtgärd för att möta de ökande behoven av stöd för elever som mår dåligt och för att förebygga psykisk ohälsa är att förbättra elevhälsan. En bättre fungerande elevhälsa är viktigt för det enskilda barnet som är i behov av hjälp och stöd, men ger också stora vinster för samhället i stort. En utvecklad elevhälsa med beteendevetenskaplig kompetens kan bidra till tidig upptäckt av elever som riskerar psykisk ohälsa eller annan social problematik. Det kan i sin tur bidra till en lugnare miljö i skolan vilket är positivt för elevernas lärande och utveckling. Ambitionsnivån och kvaliteten i skolhälsovården skiljer sig dock kraftigt åt mellan olika kommuner och mellan olika skolor.

Ett första steg för att komma till rätta med dessa skillnader har redan tagits av alliansregeringen i samband med den nya skollagen. I och med den ska elevhälsan, förutom skolläkare och sjuksköterska, även omfatta tillgång till psykolog och kurator.

Förhoppningen är att de tydliga signaler om elevhälsans höga prioritet som skickas till kommunerna genom skollagens skärpta krav på området ska leda till förstärkningar.

Socialstyrelsen har tillsynsansvaret för skolhälsovården och de har utfärdat riktlinjer för skolhälsovården. Syftet med riktlinjerna är att tydliggöra skolhälsovårdens ansvar. Enligt riktlinjerna är elever i behov av särskilt stöd, elevernas fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljö samt s.k. livsstilsrelaterade hälsorisker särskilt prioriterade arbetsområden. Att känna igen tecken på psykisk ohälsa och elevers behov av stöd innan mer omfattande problem utvecklats är en uppgift för alla som arbetar i skolan, men det är ett särskilt ansvar för elevhälsan. För att se till att variationerna mellan kommuner och skolor minskar, och för att se till att skollagens nya regler får tänkt genomslag, bör uppföljningen av elevhälsans kvalitet och resultat utvecklas och på ett bättre sätt omsättas till verksamhetsnära kunskap.

Arbetsgruppens förslag: Uppföljningen av elevhälsans kvalitet och resultat bör utvecklas.

Det är ett problem i många skolor att skolsköterskan och skolläkaren har så omfattande uppdrag att de inte har tid att möta barnens behov, och på sikt kan det också finnas ett behov av resurstillskott.

En eventuell ökad satsning på elevhälsan bör föregås av en analys av hur behoven ser ut, också efter det att skollagens nya regler fått genomslag, och vilka förutsättningar som finns att ta tillvara resurstillskott på ett för verksamheten effektivt sätt. Den utvecklade uppföljningen kommer att underlätta och kvalitetssäkra detta arbete.

BÄTTRE OMHÄNDERTAGANDE I SJUKVÅRDEN AV BARN SOM FAR ILLA

Arbetsgruppens förslag: Ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som far illa bör tas fram.

Barn far illa varje dag i Sverige. Inom alla samhällsklasser, både i stora städer och små samhällen blir barn utsatta för psykisk och fysisk misshandel, sexuella övergrepp och sviktande omsorg.

Idag varierar resurserna i högsta grad beroende på var i landet barnet bor, vilken tid på dygnet det är och vem som råkar var i tjänst på respektive instans.

Eftersom kompetensen inte finns generellt tillgänglig är risken stor att barnets behov av medicinsk, psykosocial och rättslig hjälp inte tillgodoses, med uppenbara risker för framtida fysisk och psykisk ohälsa.

För två år sedan presenterade Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) sitt nationella handlingsprogram för sexualbrottsoffer, ett uppdrag de fått från Justitiedepartementet för att åtgärda brister i sjukvårdens omhändertagande och förbättra rättssäkerheten för dessa brottsoffer.

Arbetsgruppen anser att ett liknande uppdrag bör ges för att ta fram ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av barn som far illa.

Övriga utvecklingsåtgärder

UTVECKLA CANCERVÅRDEN – DEN NATIONELLA CANCERSTRATEGIN

Arbetsgruppens förslag: Arbetet med den nationella cancerstrategin ska fullföljas.

Prognoser visar att antalet personer som lever med cancer kommer att fördubblas fram till 2030. Detta beror i första hand på att befolkningen ökar och att allt fler blir äldre. Till detta kommer att behandlingen av vissa cancersjukdomar har gjort stora framsteg. Även om Sverige har jämförelsevis goda behandlingsresultat för flera cancersjukdomar så står vi inför stora utmaningar framöver. Det kommer att bli en svår uppgift och en stor utmaning för den svenska hälso- och sjukvården att ge god och effektiv vård till det ökande antalet cancerpatienter. Därför måste vi se till att vården är väl förberedd för en ny situation.

Fem viktiga mål för arbetet inom cancerområdet är att minska risken för insjuknande i cancer, att förbättra kvaliteten i omhändertagandet, att förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos, att minska regionala skillnader och att minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

Alliansregeringen har avsatt 227 miljoner kronor för åren 2010-2012 för att förverkliga cancerstrategin. Hittills har sju projekt kommit igång:

1. En nationell cancersamordnare har tillsatts med ansvar för att samordna processen för utveckling av regionala cancercentra (RCC).
2. Försöksverksamheter med sammanhållen och patientfokuserad cancervård har startats i några utvalda landsting och regioner.
3. Utveckling av en informationstjänst om cancer på Internet för allmänheten.
4. Insatser för att minska tobaksrökningen – rökavvänjning, system för uppföljning och utvärdering.
5. Tidig upptäckt – projekt för att öka deltagandet i gynekologisk cellprovskontroll och mammografi.

-
6. En internationell jämförelse genomförs för att öka kunskapen om skillnader i överlevnad mellan länder. Fokus i studien ligger på bröst-, tjock/ändtarms-, lung- samt äggstockscancer.
 7. Satsning på kvalitetsregister – projekt om de nationella kvalitetsregistren på cancerområdet.

Det har även tagits flera regeringsbeslut under 2009 med koppling till cancerstrategin. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utforma nationellt kunskapsstöd för God palliativ vård och förbättra arbetet med kunskapsstyrning, uppföljning och utvärdering. För att få bättre kunskap om hur patienterna upplever vården planeras en enkät till cancerpatienter. Det pågår också projekt för att kartlägga ledtider i cancervården samt föreslå hur de ska beskrivas och följas upp.

Med tanke på de utmaningar vi står inför framtiden är det av stor vikt att fullfölja arbetet med att utveckla svensk cancervård inom ramen för cancerstrategin. På det sättet kan kvaliteten i vården stärkas, jämlikheten öka och insjuknande förebyggas.

GOD PALLIATIV VÅRD OCH VÅRD LIVETS SLUTSKEDE

Arbetsgruppens förslag: Ytterligare ansträngningar bör göras för att bättre sprida den kunskap som idag finns om god vård i livets slutskede.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att - i samråd med Sveriges kommuner och landsting - utforma ett nationellt kunskapsstöd för God palliativ vård. Detta kommer bland annat att förbättra vården i livets slutskede.

Den sista tiden i en människas liv är viktig. Då upplevs livet särskilt påtagligt, både för den döende och för anhöriga. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att gamla och sjuka ska få ta farväl av jordelivet under så värdiga former som möjligt. God palliativ vård handlar om mer än att lindra smärta och ångest. Att få ta farväl, att få försonas och att få vara tillsammans med dem man älskar kan också vara viktigt i livets slutskede.

Möjligheterna att få bra vård i livets slutskede har ökat, men det skiljer sig fortfarande mellan olika delar av landet. Trots utbildningar i palliativ vård i landsting och kommuner så är det ett problem med bristande kunskaper i vårdfrågor, etik och bemötande. Tyvärr motsvarar inte heller tillgången på läkare med palliativ kompetens efterfrågan.

Bostadsorten är fortfarande avgörande för vilken palliativ vård som erbjuds. Därför är det viktigt att sprida kunskap, att följa upp verksamheterna för att systematiskt förbättra.

I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att uppdatera och ta fram riktlinjer och annan vägledning för den palliativa vården. Syftet är att ge stöd för regionala och lokala vårdprogram. Socialstyrelsen ska också utforma nationella indikatorer och definiera och främja användningen av gemensamma termer och begrepp inom området och att fortsatt stödja utveckling av register för palliativ vård. En stor del av den palliativa vården sker i kommunala verksamheter. Därför ska Socialstyrelsen också ta fram vägledningar för samverkan mellan landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Genom att bättre sprida den kunskap som idag finns om god vård i livets slutskede anser arbetsgruppen att förutsättningarna kan förbättras ytterligare för att alla ska få en värdig vård av god kvalitet.

EN FORTSATT PSYKIATRISATSNING

Arbetsgruppens förslag: Den pågående psykiatrisatsningen bör permanentas i syfte att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling mot högt ställda mål.

En utvärdering av gjorda satsningar ska göras och satsningen utvecklas vidare. Medlen ska i större utsträckning användas som prestationsbaserade stimulansbidrag, för att exempelvis höja kvaliteten, öka tillgängligheten och förbättra boende- och sysselsättningsituationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Under många år har den psykiatriska vården varit eftersatt. Alltför många har inte fått den vård och det stöd som de har behövt. Ansvar för att komma till rätta med bristerna måste tas gemensamt av stat, kommuner och landsting. Det behövs en mängd insatser inom många områden.

Tillsammans med kommunerna och landstingen har alliansregeringen arbetat för att den psykiatriska vården ska vara kunskapsbaserad, tillgänglig och likvärdig över hela landet. Målsättningen är att människors vardag ska fungera så bra som möjligt, utifrån vars och ens förutsättningar. Den enskilde ska erbjudas bostad, sysselsättning, rehabilitering och arbete anpassat efter de egna behoven. Personer med psykisk funktionsnedsättning ska ha valfrihet och inflytande över vem som ska ge dem vård och stöd.

Psykiatrin har under den gångna mandatperioden varit ett av alliansregeringens högst prioriterade områden. Vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatrin har skärpts och ett nationellt kunskapscentrum för barn och unga har startats. Alliansregeringen stimulerar också kommuner som upphandlar, eller erbjuder, sysselsättning via ett valfrihetssystem. Kommuner och landsting har fått resurser för att vidareutbilda personal som i sitt arbete möter personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Antalet utbildningsplatser på psykologprogrammet har ökats och forskningstjänster i psykiatri har inrättats.

Kvalitetsregister är ett viktigt redskap för att komma till rätta med de brister som finns idag. Alliansregeringen stöder arbetet med att utveckla fler och att samla dem under en gemensam webbportal. Insamlingen av grunddata och utvecklingen av indikatorer skyndas på för bättre kunna utvärdera psykiatrin.

Målsättningen med regeringens samlade psykiatrisatsning är att genom strategiska och långsiktiga satsningar nå hållbara förbättringar inom detta område.

Alliansregeringen har påbörjat en upprustning av psykiatrin. För att åstadkomma en långsiktigt positiv utveckling bör satsningen enligt arbetsgruppen permanentas. Det ger möjlighet för stat, landsting och kommuner att gemensamt ställa upp mycket höga mål och göra långsiktiga investeringar i verksamheten.

De statliga bidragen kan delvis utgå som prestationsbaserade bidrag, på samma sätt som kömiljarden fungerat. Därigenom fungerar bidragen både som resurstillskott och incitament till förbättring. Målen bör kontinuerligt utvärderas och skärpas för att bibehålla incitamentsstrukturen. Initialt kan målen vara:

- att vissa behandlingar eller arbetsmetoder byts ut mot andra, med bättre vetenskapligt stöd
- att det alltid finns plats för den som har akuta behov
- att de med de största behoven har tryggt boende och sysselsättning
- att det finns en fungerande samordning mellan öppen och sluten vård och kommunens stöd

FOKUS PÅ DEM MED SÄMST TANDHÄLSA

Arbetsgruppens förslag: Det generella stödet bör kompletteras med särskilt riktade insatser patienter som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har en försämrad tandhälsa.

Den 1 juli 2008 genomförde alliansregeringen en tandvårdsreform som innebär en kraftig förstärkning av det statliga tandvårdsstödet. Reformen består av två delar: En allmän tandvårdscheck med syfte att uppmuntra till regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande tandvård samt ett högkostnadsskydd som omfattar alla patienter.

Tandvårdsreformen innebar en fördubbling av det statliga tandvårdsstödet. För många personer, och särskilt för dem med stora tandvårdsbehov, har kostnaderna sjunkit dramatiskt.

Det finns en grupp patienter som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning får en försämrad tandhälsa. Vi vet exempelvis att vissa mediciner har en negativ effekt på tänderna. För den gruppen vill vi komplettera det generella stödet med särskilt riktade insatser.

Det har därför tillsatts en arbetsgrupp med uppdrag att utforma förslag på hur ett sådant stöd bör se ut. Arbetsgruppen kommer att presentera sina förslag senast den 1 oktober 2010, och gruppens förslag bör beredas och övervägas vidare.

Kvalitetsutveckling och klinisk forskning

Arbetsgruppens förslag: Resurserna till statens och landstingens IT-satsningar bör öka för att skapa system som ger mer vård för pengarna och en kraftig skjuts framåt för kvalitetsutveckling och klinisk forskning.

Sverige är redan ett attraktivt land för kliniska studier. Ett skäl är våra register, både de som finns hos Socialstyrelsen och de kvalitetsregister som har växt fram från vårdgivarna själva. Här har Sverige en konkurrensfördel som vi ska se till att dra nytta av fullt ut. Fler och förfinade register med en ökad inrapportering ger ett bättre underlag för kvalitetsutveckling i verksamheterna och för klinisk forskning. Det blir lättare att utvärdera hur bra läkemedel och andra behandlingar fungerar i den kliniska vardagen. Det kommer även att vara lättare för de företag som vill starta en studie att ta reda på var det finns lämpligt patientunderlag (naturligtvis utan att företagen får tillgång till data som går att knyta till en namngiven person).

Delagationen för klinisk forskning har nyligen lämnat förslag till hur utvecklingsarbetet med registren kan organiseras så att det kommer till största möjliga nytta för vården och forskningen. Staten och SKL har startat en utredning som ska lämna ytterligare förslag under året.

Det är naturligt att de företag som kommer att kunna dra nytta av de utvecklade registren är med och betalar när de använder dem. Men i ett första skede krävs en större offentlig investering för att skapa den bakomliggande infrastrukturen. Staten bidrar för närvarande med omkring 200 miljoner kronor per år till den nationella IT-strategin inklusive utveckling och drift av kvalitetsregister. Arbetsgruppen föreslår en ökad satsning på detta område.

Inrapporteringsgraden varierar för närvarande kraftigt mellan kvalitetsregistren. Med IT-system där inrapporteringen sker automatiskt i samband med journalföringen bör detta bli en icke-fråga. Om, mot förmodan, inrapporteringen fortfarande är låg i slutet av nästa mandatperiod får det övervägas om det behövs lagstiftning för att öka frekvensen. Samtidigt är en styrka med registren att de har växt fram underifrån, utan statlig reglering.

Vården står utan tvekan inför stora ekonomiska utmaningar de kommande decennierna, på grund av ständigt ökade förväntningar och en åldrande

befolkning. Samtidigt ser vi en stor potential för effektiviseringar genom bättre användning av IT. Minskade administrationskostnader, bättre planering och organisation och ett ständigt pågående arbete med forskning och utveckling är kanske inte de frågor som i första hand platsar på en valaffisch. Men det är detta som lägger grunden till en vård i världsklass även i framtiden.

Ledarskap, personalförsörjning och utbildning

GÖR OFFENTLIG SEKTOR TILL SVERIGES BÄSTA ARBETSGIVARE

Arbetsgruppens förslag: Det framgångsrika konceptet från öppna jämförelser inom vård och omsorg bör användas för att stimulera stat, landsting och kommuner att bli Sveriges bästa arbetsgivare.

Sjukvården har inte förvaltats sin viktigaste resurs - personalen - på bästa sätt. Sjukfrånvaron är på de flesta håll betydligt högre än genomsnittet på arbetsmarknaden. I många yrken saknas karriärmöjligheter både när det gäller lön och arbetsuppgifter. Därmed kommer inte personalens potential till nytta fullt ut. Många anställda är missnöjda över sådant som ofrivillig deltid, otrygga anställningsförhållanden och brist på inflytande.

Stat, landsting och kommuner bör gemensamt formulera ett program för att bli föredömliga arbetsgivare. Alla tre parter bör vara med, dels för att samma problem finns i alla verksamheter i större eller mindre utsträckning, dels för att trovärdigheten i satsningen skulle bli begränsad om staten inte utsätter sina egna verksamheter för granskning. Programmet bygger på ett gemensamt intresse, och berättigar därför inte till några bidrag från staten. Däremot kan staten finansiera forskning och utvärdering, framtagande och sammanställning av indikatorer och sammanställning och spridning av erfarenheter.

En gemensam arbetsgrupp bör under 2011 få till uppgift att fastställa ett antal mål och delmål samt ta fram bra exempel på hur arbetsgivare kan nå resultat. För varje år därefter utvärderas och sammanställs hur olika verksamheter når målen. För de som gör bra ifrån sig ger resultaten möjligheter att locka till sig den bästa arbetskraften. De som gör sämre ifrån sig uppmärksammas på sina brister och kan ta efter de goda exemplen. En förutsättning för att programmet ska nå

framgång är också att anställda, fackliga representanter och andra relevanta aktörer knyts till gruppen.

Förutom enkelt kvantifierbara mål bör programmet också omfatta att sprida kunskap och erfarenheter om sådant som inte är så lätt att mäta.

Förslag på målsättningsområden som kan ingå i programmet:

- Andelen otrygga anställningar ska minska.
- Sjukfrånvaron ska inte vara högre på offentliga arbetsplatser än på jämförbara privata.
- Jämnare könsfördelning utan kvotering. Både arbetsgivare och utbildare ska arbeta med rekryteringsprogram och med insatser för att få personer av underrepresenterat kön att trivas och bli kvar på utbildningar och i verksamheter.
- Förbättrade karriärmöjligheter, exempelvis i form av vidareutbildning och möjligheter till avancemang på arbetsplatsen.
- Aktivt arbete mot diskriminering – lönediskriminering, diskriminering vid rekrytering med mera.
- Åtgärder mot våld, hot och sexuella trakasserier på arbetsplatsen, som tyvärr är vanligt särskilt i vissa kvinnodominerade yrken i offentlig sektor.

UTVECKLA LEDARSKAPET I VÅRDEN

Arbetsgruppens förslag: Sjukvårdens ledarskap behöver utvecklas och det behövs förbättrad ledarskapsutbildning i hälso- och sjukvården.

Ett fungerande ledarskap är en förutsättning för sjukvårdens kvalitet, för att medarbetarna ska må bra och trivas på jobbet och ytterst för att patienten ska få ett bra bemötande och en god vård. Den monopolsituation som råder inom stora delar av svensk sjukvård har lett till att chefskapets betydelse för utveckling inte har betonats tillräckligt. Chefer som har möjlighet att närvara och bekräfta sina medarbetare är en investering för en god arbetsmiljö.

Dagens utförare av vård är ofta stora organisationer där det är långt mellan beslut och verkställighet på en vårdcentral eller vårdavdelning. Vi vill verka för att landstingen ska organisera arbetsplatserna inom hälso- och sjukvården i mindre enheter med korta beslutsvägar och ett stort mått av delegering. Det skulle innebära att chefer och medarbetare har närmare till varandra. Sjukvårdens utmaning är att skapa en småskalighet i det stora.

En bra ledare måste få prioritera ledarskapet och ha en hanterbar arbetssituation. Tyvärr är det vanligt inom vården att chefer har så många medarbetare direkt underställda sig, att de tvingas ägna mycket tid till administration samt till att upprätthålla sin läkar- och forskarkompetens för att

kunna återgå till sin ordinarie tjänst när chefsförordnandet är slut. Därmed hinner chefen omöjligen se och bekräfta alla medarbetare.

För att utveckla och stärka sjukvårdens ledarskap behövs en utvecklad ledarskapsutbildning i hälso- och sjukvården.

Det är inte nödvändigtvis den bästa läkaren som också är den bästa chefen. Därför bör man kunna vara chef utan att nödvändigtvis behöva vara läkare. Inom vården finns många yrkeskategorier. Det skulle göra att de som är särskilt lämpliga att leda och entusiasmera får möjlighet att göra det. Möjlighet för fler medarbetare att göra karriär på det sättet skulle dessutom förbättra arbetsplatsens attraktivitet.

KORTARE BESLUTSVÄGAR OCH ÖKAT INFLYTANDET FÖR MEDARBETARNA

Sjukvårdens arbetsgivare skulle kunna göra mer för att skapa arbetsplatser där medarbetarnas relevanta kunskaper tas tillvara, utvecklas och premieras. Vården kommer att behöva fler medarbetare framöver. Det är därför nödvändigt att vården både kan attrahera nya medarbetare och behålla de nuvarande, som ofta är mycket erfarna.

I samtal med vårdens medarbetare framkommer ofta en bild av sjukvården som alltför stelbent och inte tillräckligt lyhörd för medarbetarnas önskemål. Det handlar om bristande inflytande och eget ansvar, möjlighet till fortbildning, dåliga arbetstider, låg lön och mycket annat.

Vikten av att decentralisera ansvaret, korta beslutsvägarna och öka inflytandet för medarbetarna kan inte nog understrykas. Förutom att det är ett effektivare sätt att bedriva sjukvård skulle det även bidra till ökad trivsel för de anställda.

UTBILDNINGSKAPACITETEN FÖR VÅRDIRKEN

Arbetsgruppens förslag: Utbildningen inom vårdirken bör ses över med målet att nå de behov som Socialstyrelsens kartläggningar visar på.

Det behövs därutöver göras en översyn av systemet för AT-tjänstgöring i syfte att öka kvaliteten, tillskapa fler tjänster och mindre tid för den enskilde mellan grundutbildning och AT-tjänst.

Sedan 2006 har antalet platser på läkarutbildningen ökat med 26%. Tillgången har ökat men trots detta råder det brist på läkare inom vissa områden i Sverige. Inom kort kommer även efterfrågan på barnmorskor och biomedicinska analytiker att öka betydligt. Utbildningen ska vara anpassad efter de behov som Socialstyrelsens kartläggningar visar på.

Det råder idag också brist på AT-tjänster. Många nyutbildade läkare går på vikariat med bristande handledning. Det behövs göras en översyn av systemet i syfte att tillskapa fler AT-tjänster och en snabbare övergång från grundutbildningen till AT-tjänstgöring. Detta skulle också bidra till att lösa bristen på specialistläkare.

SPECIALISTUTBILDNINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

Arbetsgruppens förslag: De ekonomiska villkoren för sjuksköterskor som genomgår specialistutbildning behöver ses över och förbättras.

Specialistutbildning för läkare sker parallellt med kliniskt arbete. Det innebär att läkarna uppbär lön under hela sin specialistutbildning. Specialistutbildningen för sjuksköterskor finansieras delvis med bidrag från arbetsgivare men dessutom med studielån. Motivationen för sjuksköterskor att skaffa specialistutbildning är därför lägre. Inte minst med bakgrund i att den förväntade löneökningen som specialistkompetensen leder till är begränsad. Specialistutbildning för sjuksköterskor måste därför ses över.

Slutord

Förslagen i rapporten svarar arbetsgruppen för. De ska nu prövas inom ramen för det fortsatta arbetet med Alliansens valmanifest. En prövning av om, när, i vilken omfattning och takt förslagen kan genomföras kommer bland annat att göras utifrån det uttalade kravet på ansvarstagande för de offentliga finanserna.