

DU SKA KUNNA LITA PÅ SJUKVÅRDEN



Facebook: facebook.com/kristdemokraterna
Instagram: [@kristdemokraterna](https://instagram.com/kristdemokraterna), [@buschebba](https://instagram.com/buschebba)
Twitter: [@kdriks](https://twitter.com/kdriks), [@BuschEbba](https://twitter.com/BuschEbba)
Webbplats: www.kristdemokraterna.se
E-post: info@kristdemokraterna.se

Minskade vårdköer genom höjda sommarlöner

Bakgrund

Den positiv trend med minskande vårdköer under Kristdemokraternas ledning i Alliansregeringen, bröts under 2014. Den lagstadgade vårdgarantin ger bland annat rätt till ett första besök hos specialistläkare eller operation inom 90 dagar. Det är dessa köer som vi fokuserar på i detta underlag. I maj 2018 var det ungefär 83 000 personer som väntat längre än tre månader i dessa köer.¹

Grovt sett har dessa vårdköer blivit dubbelt så långa under Socialdemokraternas ledning jämfört med slutet av den förra mandatperioden. Från ungefär 40 000 personer 2014 till ungefär 80 000 personer idag. Dock förekommer stora säsongsvariationer vilket vi återkommer till.

Kristdemokraterna har en bred reformagenda för att få bukt med de långa vårdköerna. De tre viktigaste åtgärderna på kort sikt är:

- En återinförd och reformerad kömiljard
- Kraftigt utbyggd primärvård och hemsjukvård för äldre samt
- En utbyggnad av antalet vårdplatser i sjukhusvården.

Återkommande sommarkris

Nedanstående diagram visar i tur och ordning, a) hur många personer som stått i vårdkö längre än de 90 dagar som lagen tillåter varje månad sedan januari 2011 ,b) hur många patienter som drabbats av överbeläggningar (per 100 vårdplatser) sedan 2013 , samt c) hur många patienter som varit utlokaliserade (per 100 vårdplatser) sedan februari 2013.

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt

¹ Öppna jämförelser, SKL, vantetider.se

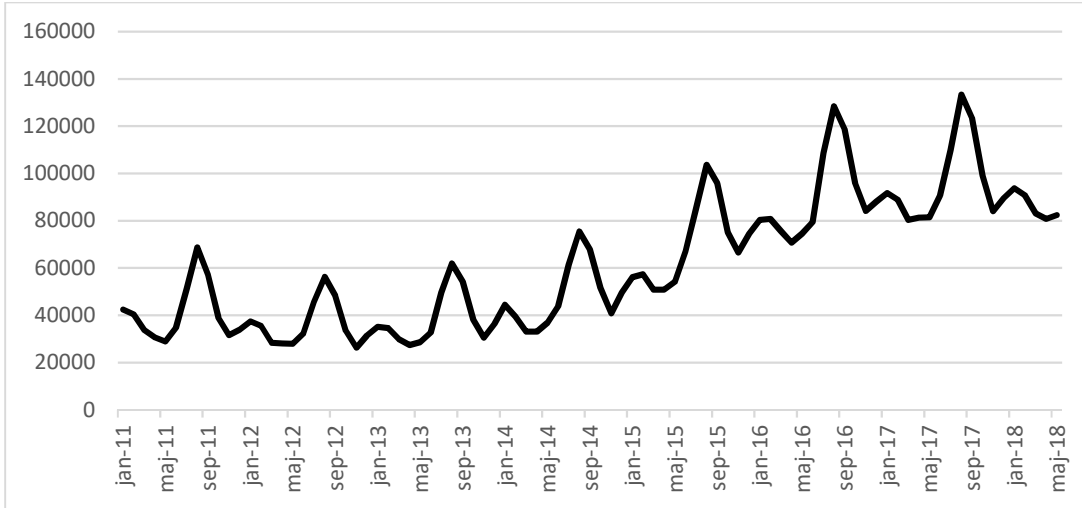


ansvar för patienten. Samtliga tidsserier är så långt tillbaka som SKLs databas väntetider.se redovisar statistiken.

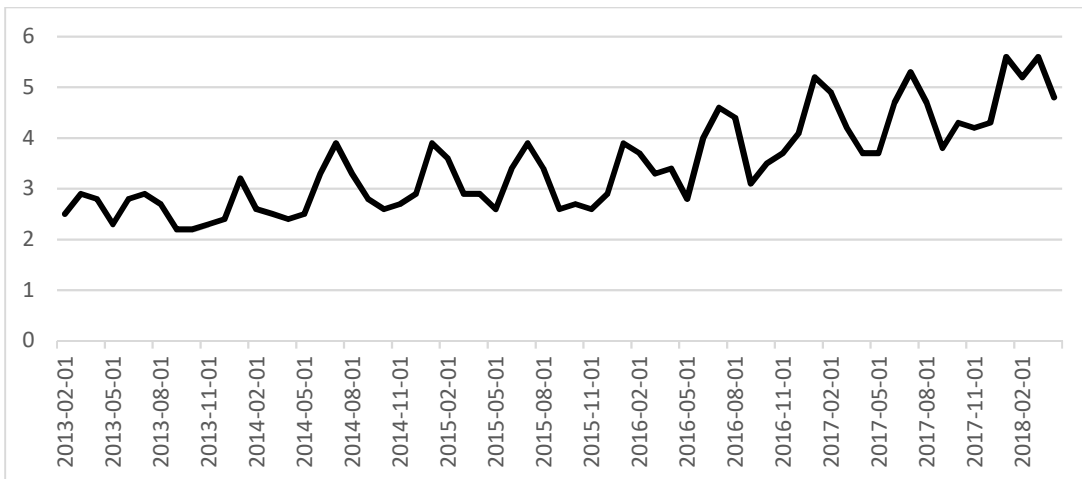
Diagrammen visa tydligt den negativa trenden med ökande vårdköer, överbeläggningar och utlokaliseringar från år till år sedan 2014. Därtill visar diagrammen tydligt på stora säsongsvariationerna. Under somrarna och till viss del kring jul uppstår mycket stora problem. Antalet personer i vårdkö ökar då kraftigt liksom antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

För att tydliggöra hur många patienter som faktiskt drabbas av långa väntetider under sommaren kan vi exemplifiera med sommaren 2017. I maj 2017 hade 81 497 personer väntat längre än 90 dagar på första besök hos specialistläkare eller på operation. I augusti samma år hade antalet ökat till 133 420 patienter. Under sommaren tvingades alltså ytterligare 51 923 personer att vänta längre på vård än vad lagen tillåter. Bakom varje siffra finns den en människa som ofta har ont och känner stor oro för sin hälsa och för att sjukdomsläget ska förvärras under väntetiden. Först under våren 2018 hade köerna som byggdes upp under sommaren ”betats av” och minskat till samma nivå som i maj 2017. Tyvärr talar allt för att vårdköerna kommer öka på samma vis under sommaren 2018.

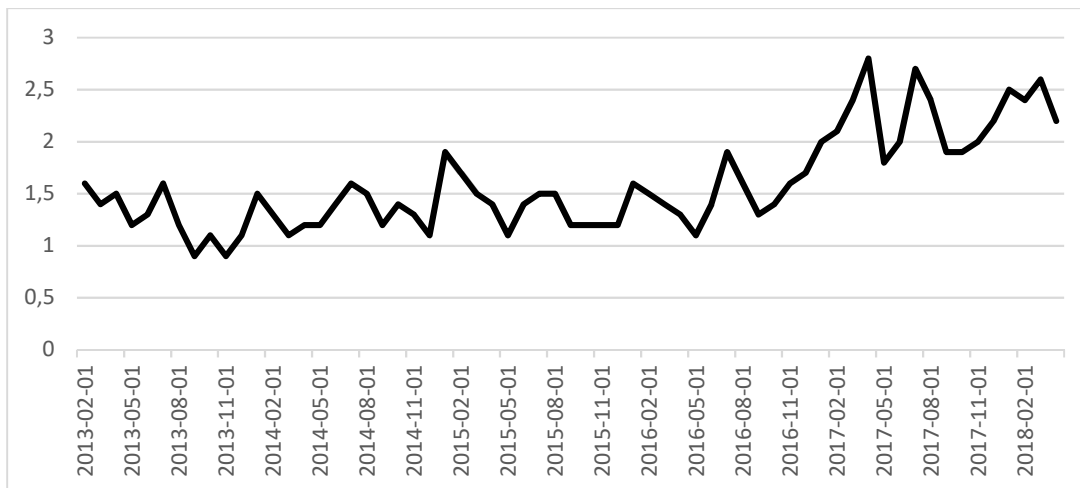
A. Antal patienter som sammantaget väntat på första besök hos specialistläkare eller på operation 2011-2018 (vantetider.se)



B. Överbeläggningar per 100 vårdplatser 2013-2018 (vantetider.se)



C. Utlokaliseringar per 100 vårdplatser 2013-2018 (vantetider.se)



Vad skapar sommarproblemet?

Ovanstående statistik visar tydligt att vårdköerna, överbeläggningarna och utlokaliseringar ökar särskilt under sommaren. Förklaringen till det utgörs i stort av bemanningsproblem vilket i sin tur beror på semesteruttag.

Enligt en kartläggning genomförd av Dagens medicin², i år hålls mer än var femte vårdplats stängd under sommarveckorna. Detta följer ett liknande mönster från tidigare år. I exempelvis Dalarna och Gävleborg hålls var tredje vårdplats stängd.

Att medarbetarna har semester och vårdplatser stängs kan antas vara en starkt bidragande orsak till att vårdköerna ökar kraftigt under juli-augusti varje år.

² <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/06/13/personalbrist-stanger-var-fjarde-plats/>

Landsting/region	Antal fastställda vårdplatser...	...varav antal som hålls öppna	Andel i procent
Blekinge	301	248	82%
Dalarna	744	503	68%
Gotland	113	106	94%
Gävleborg	460	299	65%
Halland	480	403	84%
Jämtland/Härjedalen	335	250	75%
Jönköping	800	520	65%
Kalmar	499	375	75%
Kronoberg	-	-	-
Norrbottn	624	475	76%
Skåne	2 850	2 420	85%
Stockholm	3 955	3 000	76%
Sörmland	527	432	82%
Uppsala	850	650	76%
Värmland	600	460	77%
Västerbotten	-	-	-
Västernorrland	565	500	88%
Västmanland	571	481	84%
Västra Götaland	3 740	2 860	76%
Örebro	570	410	72%
Östergötland	963	713	74%

Källa: Dagens medicin

Förslag: Höjda löner för de som jobbar under sommarveckorna

Sjukvårdspersonal har precis som alla andra rätt till sin semester. Som framgått ovan får den dock starkt negativa konsekvenser för patienterna när personalens semesteruttag samlas på några få sommarveckor. Ett sätt att motverka personalbrist och öka antalet tillgängliga vårdplatser är att ge den personal som jobbar under sommarveckorna kraftigt högre lön under de kritiska veckorna.

Kristdemokraterna föreslår därför att all sjukvårdspersonal som jobbar under de normalt semestertunga sommarveckorna ska få kraftigt högre lön i enlighet med förslaget nedan för att välja att arbeta då och istället lägga sin semester under andra perioder under året.

Därmed kan de vårdköer som byggs upp varje sommar hållas nere.

- Legitimerad sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter etc.) får 50 procent högre lön vecka 26-32 de veckor man arbetar om man inte tar ut mer än två veckors semester under samma period.
- Annan personal (undersköterskor, vårdbiträden, medicinska sekreterare etc.) som inte tar ut mer än två veckors semester får 25 procent högre lön veckorna 26-32.
- Med hjälp av underlag från Riksdagens utredningstjänst och egna beräkningar bedöms förslaget kosta 4,4 miljarder kronor. Staten står för halva kostnaden och landsting som väljer att höja lönerna enligt modellen betalar halva kostnaden.



- Resurstillskottet räcker till att öka personalstyrkan i hela sjukvården med 20 procent under perioden.
- För att erhålla stödet måste landstingen hålla minst 85 procent av sina ordinarie vårdplatser öppna.

Finansiering

Kristdemokraterna avser att i nästkommande budget anvisa en finansiering av förslaget.

Dock bedöms förslaget även kunna leda till besparingar för såväl staten som för landstingen vid sidan av minskat mänskligt lidande till följd av kortare köer.

- Att administrera en vårdkö är en kostnad för landstingen. Ju färre personer i kö desto färre kontakter att upprätthålla för landstinget vilket bidrar till lägre kostnader.
- Landstingen har idag höga kostnader för att få ihop nuvarande semesterscheman trots att man stänger så många avdelningar. Den föreslagna lönebonusen borde därför utgöra en påtaglig besparing för landstingen.
- Om vårdinsatser kan fördelas jämnare över året är det rimligt att anta att dyr sjukvårdsutrustning etc. används mer effektivt.
- Mellan maj och augusti 2017 ökade antalet personer som stått i kö i mer än 90 dagar med över 50 000 personer. Det följer ett känt mönster från tidigare år. Totalt stod 434 000 personer i kö till specialistvård eller operation augusti 2017. Långt ifrån alla personer i kön är sjukskrivna och erhåller sjukpenning. Men enligt Riksdagens utredningstjänst skulle staten spara 470 miljoner kronor om 15 000 personer färre fick sjukpenning i 60 dagar.
- Personer som inte är sjukskrivna i väntan på sjukvård utan arbetar genererar även högre skatteintäkter och produktionsbortfallet minskar.

Fem steg mot förstärkning av sjukvården

Sjukvården behöver på kort sikt mer riktade resurser hellre än högre statsbidrag vilket är regeringens enda lösning. De riktade resurserna ska syfta till att i grunden förbättra sjukvårdsorganisationens arbetssätt och incitament.

Relativt snart behöver staten ta över landstingens sjukvårdsansvar. Systemet med 21 olika landsting gör vården ojämlig. Den medicinska kvaliteten och chansen att överleva till exempel svåra cancerdiagnoser skiljer sig åt beroende på var i landet patienten bor.

Den svenska hälso- och sjukvården lider i första hand av ett styrnings- och organiseringsproblem. Därmed inte sagt att det inte finns behov av ökade resurser i delar av verksamheten, eller att en omorganisation kommer lösa kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna en gång för alla. Men huvudproblemet handlar i betydande utsträckning om att dagens styrning via 21 olika landsting/huvudmän leder till otydlighet, målkonflikter, ständigt ökande administration och stora brister i kompetensförsörjningen.

En större huvudmannareform är komplex, kommer att ta tid och kräva betydande utredningsarbete. Därtill krävs grundlagsändringar. Men den svenska hälso- och sjukvården – och framför allt patienterna - kan inte passivt vänta så länge på en förändring. För att klara den akuta krisen med långa vårdköer, bristande förtroende och låg tillgänglighet inom primärvården finns det mycket att göra på kortare sikt.

Vi presenterar idag de fem första stegen som vi vill inleda under hösten 2018 om vi återtar regeringsmakten. Ledmotivet för varje förslag är en tydligare nationell styrning av hälso- och sjukvården.

Förslag 1: Staten bör kräva att landstingen inför en gemensam standard för journalsystem

Landsting och regioner har under lång tid försökt att samordna sig kring e-hälsofrågor. Under alliansregeringens tid togs flera viktiga initiativ för att strukturera och utveckla e-hälsoarbetet, inte minst genom strategin Nationell eHälsa som antogs 2010. Teknisk utveckling har skett och sker inom flera områden – men det går för långsamt och potentialen för större och mer omvälvande förändringar realiserar inte.

Ett sätt att snabbt förbättra kommunikationsmöjligheterna inom vården och underlätta för patienterna att bli mer delaktiga i sin egen vård vore att kräva att landstingen till att börja med inför gemensam standard för journalsystem. Samma standard bör så snart som möjligt införas för kvalitetsregister och biobanker och andra relevanta system. Det skulle direkt ge förutsättningar för att följa upp medicinska resultat av vården på ett enklare och bättre sätt.

För hälso- och sjukvården finns också mycket stor effektiviseringspotential i en utveckling där patienten är löpande delaktig i sin vård, inte minst för patienter med kroniska sjukdomar eller tillstånd. Många av de stora folksjukdomarna står för en betydande del av sjukdomsburden. Flera företagsdrivna initiativ har insett potentialen i att patienter med kroniska sjukdomar kan följa och rapportera sin hälsa och sina medicinska värden kontinuerligt via internet, istället för vid enstaka besök i vården. En förhoppning är att dessa initiativ kan leda till en bättre folkhälsa och bättre patientdelaktighet.

Som exempel kan nämnas diabetesvården där huvudregeln i de flesta landstingen är att patienter varje år kallas till sin läkare för kontroll, provtagning och samtal. I en situation där diabetespatienter själva och löpande kan rapportera exempelvis blodsockernivå, motion, vikt och kosthållning kan vårdens resurser inriktas mot de patienter som har de verkliga behoven. För vissa diabetiker är det årliga läkarbesöket onödigt medan andra har behov av tätare kontakt.

Men riktigt intressant blir det förstås om dessa e-hälsotjänster kan kopplas ihop med den fysiska hälso- och sjukvården. Då finns det en möjlighet att på allvar decentralisera vårdtjänsterna – närmare invånarna. I detta sammanhang är det avgörande att patienter får äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformation och ha rätt att lagra och dela den med andra vårdgivare.

Förslag 2: Enhetlig primärvård och Sänkta trösklar för läkarmottagningar

För att åstadkomma nödvändiga förstärkningar av primärvården krävs samlade nationella reformer. Den enklaste och mest logiska vägen att uppnå detta på relativt kort sikt är genom nationell lagstiftning som definierar primärvårdens grundåtagande. Det nationella åtagandet bör, förutom vilka tjänster som ingår i primärvården, som minst innefatta krav på och beskrivningar av:

- Helg- och kvällsöppet.

- Tydligare akutuppdrag
- Möjlighet till och förutsättningar för digitala patientmöten
- Hur samverkan med övriga verksamheter inom vård- och omsorgssystemet ska gå till.

Det måste bli lättare att starta en mindre personalägd mottagning inom primärvården. Idag är trösklarna i form av krav på en rad förmågor och kompetenser för hög. Modellen för hur ersättning betalas ut behöver vara anpassad så att även mindre verksamheter kan verka och utan att dessa behöver ha all kompetens under samma tak. Det ska istället vara möjligt för mottagningen att etablera samarbeten med externa fristående aktörer som till exempel psykologer eller fysioterapeuter.

För att inte skapa en orimlig arbetsbelastning bör den mindre mottagningen kunna begära en begränsning av antalet patienter som är listade på mottagningen.

Dessa saker kan sammantaget innebära att fler läkare anser att det är attraktivt att etablera sig inom primärvården som för närvarande är underdimensionerad i svensk sjukvård.

Förslag 3: Nationell sjukvårdsupplysning

Primärvårdens relativa underdimensionering och bristande tillgänglighet leder till att allt för många patienter med lättare åkommor hamnar på sjukhusens akutmottagningar. För att klara den ökande efterfrågan är det inte bara nödvändigt att skala upp primärvården, utan också att utveckla systemen för att lotsa patienter till rätt vårdnivå. Denna bedömningsprocess kallas i sjukvården för triagering.

Triageringen bör som grundregel ske genom en nationell sjukvårdsupplysning via vårdguiden 1177. Via telefon eller genom digitala och intelligenta frågeformulär som patienten själv fyller via nätet. Genom triageringen avgörs vilken vårdnivå och i relevanta fall vilken typ av patientmöte som är mest lämpligt i det enskilda fallet. I många fall kan patienter bedömas och behandlas utan att fysiskt besöka en sjukvårdsinrättning, exempelvis genom videobesök eller telefonsamtal med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. I andra fall bör patienter söka sig till sjukhusens akutmottagning utan att passera vårdcentralen.

När primärvårdens tillgänglighet och kapacitet förbättrats till en för patienterna godtagbar nivå bör det preciserade grundåtagandet kräva att alla patienter som söker kontakt med sjukvården genomgår en relevant triagering. Detta för att säkerställa att den mest adekvata

insatsen för varje enskild patient erbjuds på rätt vårdnivå. Besök på sjukhusens akutmottagningar bör då som grundregel kräva remiss från 1177 eller primärvården.

Patienter med allvarliga och livshotande tillstånd samt patienter som av olika skäl saknar förmåga att kontakta vårdguiden via telefon eller digitala kanaler är naturligtvis alltid undantagna kravet på triagering.

Förslag 4: Inför en nationell samordning av långsiktig planering av kompetensförsörjning i sjukvården

Ett av primärvårdens mest akuta problem är den kroniska bristen på allmänläkare. Sverige har alldeles för få allmänläkare uttryckt i antal per invånare men även i andel av den totala läkarkåren. Bristen finns där trots att platserna på läkarutbildningen har ökat över åren. Bakgrunden är att när utbildningarna till specialist (ST-utbildning) ska dimensioneras, då avgör landstingen själva antalet utbildningsplatser. Staten ansvarar alltså för läkares grundutbildning på universitet medan landstingen ansvarar för specialisttjänstgöring, ST. Inte sällan sker bedömningarna till och med ner på kliniknivå.

Bristen på specialister i allmänmedicin förväntas tillta under kommande år. Det leder bland annat till ett ökat behov av inhyrd personal.

För att säkra kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården ser vi även ett behov av att staten tar ett tydligare ansvar för planering och samordning av behovet av vårdpersonal. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att inrätta en nationell samordning som bedömer tillgång och efterfrågan på kompetens. Staten bör alltså överta ansvaret för planering och dimensionering av antalet ST-tjänster. Med en tydligare nationell styrning och planering av behovet av vårdpersonal, ges bättre förutsättning att säkra kompetensförsörjningen i hela landet och skapa en mer jämlik vård.

Förslag 5: Inrätta en statligt styrd linjeorganisation för cancer vården

Under kristdemokratisk ledning tog den förra alliansregeringen beslut om att etablera sex regionala cancercentrum (RCC). Målen med etableringen var att:

- minska risken för insjuknande i cancer
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos
- minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid

Inom RCC i samverkan pågår bland annat ett arbete med att förkorta väntetiden till behandling genom införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Dessa nationella insatser som syftar till att korta kötiderna är livsviktigt då de långa väntetiderna riskerar att leda till mer avancerade tumörer. Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering att etableringen av RCC har varit framgångsrik, men att det finns fortsatta utmaningar för RCC och för cancervården. Bland annat noterar Socialstyrelsen att engagemanget i utvecklingen av RCC är lägre hos vissa landstings-, sjukhus- och klinikledning. I utvärderingen lyfts även fram att det finns fortsatta utmaningar gällande nivåstrukturering och förebyggande insatser.

Den Socialdemokratiskt ledda regeringen har trots löften om att korta väntetiderna för cancerpatienter beslutat att inte förlänga finansieringen av RCC efter 2018. Att inte fullfölja och fortsätta utveckla arbetet med nivåstrukturering och det samlade strategiska arbetet för att fullfölja cancerstrategin vore ett allvarligt misstag. Vi säkrar därför fortsatt statlig finansiering av RCC även efter 2018.

Vi behöver ett utökat nationellt ansvar för cancervården. Kortare väntetider, specialistkompetens, nationella riktlinjer och de bästa behandlingsmetoderna måste komma alla till del oavsett vilken RCC man tillhör. Vi vill därför att staten leder arbetet och föreslår att en kunskapsenhet inrättas på socialstyrelsen som samordnar och leder arbetet för RCC.