



2010-08-19

# Rapport om glesbygdssjukvård



# Innehållsförteckning

1. INLEDNING
  
2. SVERIGE SER OLIKA UT
  - 2.1 Skilda förutsättningar för hälso- och sjukvård
  - 2.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling i ett glesbygdsperspektiv
  - 2.3 Den demografiska utmaningen
  
3. EN SOCIALDEMOKRATISK POLITIK FÖR HELA LANDET
  - 3.1 Rättvis hälso- och sjukvård i hela landet
  - 3.2 Personalens inflytande och utvecklingsmöjligheter
  - 3.3 Personalförsörjning
    - 3.3.1 Nationell strategi för personalförsörjningen
    - 3.3.2 Läkarutbildningen
    - 3.3.3 Sjuksköterskeutbildningen
  - 3.4 IT i vården
    - 3.4.1 Nationell IT-strategi
    - 3.4.2 En patient – en journal
    - 3.4.3 e-hälsa
    - 3.4.4 Mitt Hälsokonto
  - 3.5 Samverkan
  - 3.6 Läkemedelsförsörjning
  - 3.7 Kvalitet
    - 3.7.1 Nationell kvalitetscertifiering
    - 3.7.2 Skatteutjämning
    - 3.7.3 Större regioner
    - 3.7.4 Ambulanshelikoptrar
    - 3.7.5 Primärvård i glesbygd
  
4. AVSLUTNING



## 1. Inledning

Denna rapport handlar om hur vi kan säkra och utveckla en god sjukvård i hela landet. En sjukvård som håller hög kvalitet för alla människor i vårt land oavsett var man bor eller vem man är. Sverige är stort till ytan men glest befolkat i många områden av landet. Förutsättningarna skiljer sig enormt mycket åt mellan storstadslän och glesbygdslän. Det finns också stora skillnader inom olika län. Allt detta gör att sjukvården i glesbygd inte kan vara organiserad på samma sätt som i storstadsområdena, vars problem ofta dominerar den nationella sjukvårdsdebatten. Vi anser att glesbygdssjukvårdens problem och villkor behöver ökad uppmärksamhet och vi vill med denna rapport lägga fram socialdemokraternas inriktning för hur sjukvård i glesbygd ska kunna utvecklas. Rapporten ger inte en heltäckande bild av socialdemokratisk sjukvårdspolitik, utan ska läsas tillsammans med det hälso- och sjukvårdspolitiska programmet som antogs 2009. Rapporten är framtagen av (S)-politikerna Ylva Johansson (riksdagen), Robert Uitto (Jämtland), Yvonne Stålnacke (Norrbotten), Gunilla Johansson (Västerbotten), Anna Fransson (Kronoberg), Gunilla Svantorp (Värmland) och Inger Ros (Stockholm).

## 2. Sverige ser olika ut

### 2.1 Skilda förutsättningar för hälso- och sjukvård

Det finns ingen enhetlig definition av begreppen glesbygd och landsbygd. I Sverige finns ett antal olika definitioner av gles- och landsbygd, vilka har tillkommit utifrån olika behov och ändamål. I Glesbygdsverkets definition är möjligheten att nå service och arbete avgörande.

Glesbygder utmärks i denna definition av att det är minst 45 minuters bilresa till närmaste tätort större än 3 000 invånare. Till glesbygd räknas också öar utan fast landförbindelse. Definitionen kan inkludera både landsbygd och tätorter med upp till 3 000 invånare. Tätortsnära landsbygder finns inom 5 till 45 minuters bilresa från tätorter större än 3 000 invånare. Tätorter har mer än 3 000 invånare. Till tätorter räknas även området inom 5 minuters bilresa från tätorten.



Enligt Glesbygdsverkets definition bor cirka 24 procent av Sveriges befolkning i gles- eller landsbygdsområden. Definitionen har existerat sedan 1996. Indelningen syftar till att särskilja olika typer av bygder för att synliggöra deras skilda förutsättningar. Många gemensamma drag finns mellan gles- och landsbygder i olika delar av landet, men också stora skillnader.

Glesbygdsverkets definition innebär att mindre delar av Småland, Öland och Gotland, västra Svealand, bitar av Roslagen och Bergslagen samt större delen av Norrlands inland faller inom denna definition.

Den exakta definitionen av glesbygd är inte avgörande för det fortsatta resonemanget. Det räcker att konstatera att förutsättningarna skiljer enormt mellan och inom landstingen när det gäller förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård.

Tre landsting/regioner (Stockholm, Västra Götaland och Skåne) är befolkningsmässigt extremt mycket större än de övriga och har tillsammans cirka hälften av Sveriges befolkning medan den andra hälften av befolkningen är uppdelad på 18 mindre landsting (Gotland inräknat). Stockholms läns landsting har 2 miljoner invånare (över 300 invånare per kvadratkilometer) medan Jämtlands läns landsting har 127 000 invånare (3 invånare per kvadratkilometer).

Även inom landstingen är förutsättningarna mycket olika. I Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten är befolkningen starkt koncentrerad till kusterna med stora glesbygdsområden i inlandet. I Jämtlands län bor hälften av befolkningen i residensstaden Östersund. Jämtlands totalt 127 000 invånare är utspridda på nästan 50 000 kvadratkilometer – en yta större än Danmark. Flera andra EU-länder (till exempel Holland och Belgien) är också mindre än Jämtland till ytan. Om Jämtland vore lika tätbefolkat som Stockholms län skulle invånarantalet vara 13 miljoner istället för 127 000.

Ett annat belysande exempel är Västerbotten. Befolkningen är koncentrerad till kustremsan medan inlandet är mycket glest befolkad. Södra Lapplands sjukvårdsområde omfattar en yta av 37 000 kvadratkilometer (lika stort som Schweiz) och en befolkning på cirka 38 000 personer, det vill säga 1 invånare per kvadratkilometer.



## 2.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling i ett glesbygdsperspektiv

Den svenska sjukvården håller som helhet en mycket hög standard. Det visar de internationella jämförelser som bland annat OECD gör. Vi har en sjukvård med mycket hög medicinsk kvalitet som når hela befolkningen utan att vi har högre kostnader än jämförbara länder. Den medicinska och tekniska utvecklingen i sjukvården går oerhört snabbt. Fler och fler sjukdomar kan behandlas på ett effektivt sätt och allt högre upp i åldrarna. Sjukvården gör också mer idag än förr.

Att Sverige klarar sig väl i ett jämförande perspektiv innebär inte att det inte finns problem som behöver åtgärdas och utmaningar inför framtiden. Vårdens tillgänglighet är ett problem. Sjukvården klarar inte vårdgarantin för alla patienter vilket leder till oacceptabla köer och väntetider. Tillgången på vård för olika patientgrupper kan också skilja sig åt beroende på var man bor i landet. Vården av svårt sjuka äldre behöver generellt förbättras. Sjukvården står vidare inför en omfattande generationsväxling på personalsidan på grund av stora pensionsavgångar de kommande 10-15 åren. Samtidigt behöver vården anpassas till att vi blir fler äldre i samhället.

Ofta förs hälso- och sjukvårdsdebatten utifrån ett antagande att hälso- och sjukvården ska organiseras exakt likadant i hela Sverige. Det är en omöjlighet. Alla medborgare har rätt till likvärdig sjukvård men hur vården organiseras för att uppnå detta måste anpassas efter de förutsättningar som finns i olika delar av landet. Sjukvården i glesbygd kan inte se likadan ut som sjukvården i städer och tätbefolkade områden. Här krävs en offensiv politik för att utforma anpassade och effektiva lösningar som kan möta medborgarnas behov av sjukvård. Möjligheterna till utveckling är stora. Det handlar om att utveckla IT-infrastrukturen, använda telemedicin, ambulerande vård, tillgång till helikoptrar och ambulanser med mera.

Glesbygdsmedicin är ett relativt nytt begrepp men inte någon ny företeelse. Långa avstånd och samtidigt ett ökande behov av sjukvård har gjort att man på flera ställen i landet har byggt upp sjukstugor eller kraftigt förstärkta vårdcentraler med ett större åtagande än det normala.

Personal inom glesbygdsvård är den enda sjukvårdspersonalen inom det geografiska området och möter alla sjukdomar, olycksfall, symptom, och tecken på ohälsa som finns i en befolkning. Det kräver en bred medicinsk kunskap med tillämpning inom öppenvård, slutenvård och hemsjukvård.



Beroende på avstånd till sjukhus ansvarar vårdcentralen i glesbygd ofta för all primär akutsjukvård i området, såväl färdigbehandling av patienter på mottagningen som omhändertagande av svårt sjuka och skadade som måste transporteras till sjukhus. Akutsjukvården är på flera glesbygds-mottagningar en avsevärd del av verksamheten. På en del mottagningar finns röntgen med digital överföringsteknik och därmed möjlighet att handlägga vissa frakturer. Vårdcentraler (sjukstugor) i glesbygd kan ha en ansluten vårdavdelning för allmänmedicinsk slutenvård där patienter med olika sjukdomstillstånd vårdas; t.ex. akutsjukvård, utredning och behandling av olika sjukdomstillstånd, rehabilitering och palliativ vård. Vårdcentraler i glesbygd kan därför behöva en utrustningsnivå som är anpassad till verksamhetens art t.ex. katastrofutrustning, röntgen, utvidgad labverksamhet. En allmänläkare i glesbygd har förutom det breda allmänmedicinska ansvaret även den högsta medicinska kompetensen i sitt distrikt.

Glesbygdsproblematik när det gäller sjukvård finns i hela landet. Det är alls inte enbart en Norrlandsfråga utan också aktuellt i till exempel Stockholms skärgård, öarna i Bohuslän, delar av Småland, Dalarna och Värmland och på en mängd andra ställen.

Glesbyggsjukvård handlar om lösningar och inte om problem. Västerbottens läns landsting har uttryckt detta på följande sätt: *"I stället för att se sjukstugorna och de långa avstånd som råder i södra Lappland som ett problem ska vi i stället vara stolta över att vi här, trots långa avstånd har lyckats bygga upp en professionell, trygg och säker vård för de människor som bor i området. I det fallet är vi föregångare. I länder som Skottland, Australien och USA bygger man nu ut med s.k. Community hospitals eller Critical access hospitals (liknande våra sjukstugor). Dessa byggs i mindre samhällen med långa avstånd till närmaste sjukhus."*

## 2.3 Den demografiska utmaningen

Sverige, liksom stora delar av västvärlden, står inför en utmanande demografisk utveckling. Fram till år 2030 kommer antalet personer i Sverige över 80 år, det vill säga personer som generellt är i den mest vårdkrävande åldern, att öka med omkring 60 procent. Under samma period förväntas befolkningen i arbetsför ålder (20–64 år) stagnera (+2 procent).

I den regionalpolitiska utredningen från år 2000 gjordes prognoser över kostnadsutvecklingen fram till år 2030 i landets kommuner och landsting.



Prognoserna ger vid handen att kostnaderna för landet som helhet ökar med 20 procent fram till år 2030 i förhållande till storleken på den arbetsföra befolkningen. Men utfallet är extremt ojämnt fördelat över landets yta. I vissa regioner ökar kostnaderna endast med någon enstaka procent medan vissa befolkningsmässigt små regioner, främst i norra Sverige, får vidkännas kostnadsökningar på 100 procent och däröver. Prognoser som löper över flera decennier ska alltid tas med en nypa salt. Det är mycket svårt att skåda flera decennier framåt i tiden. Men de osäkerheter som ligger i den regionalpolitiska utredningens prognos över kostnadsutvecklingen inom kommun- och landstingssektorn är inte så stora att de kan rubba den grundläggande insikten att möjligheterna att finansiera framtidens välfärd ser mycket olika ut i olika delar av landet.

Om vi ska klara målet att garantera en likvärdig välfärd för alla – oavsett var i landet man bor – måste det finnas en solidaritet mellan landets olika delar. Utan en fortsatt omfördelning av skattekraft från regioner med en gynnsam befolkningsstruktur och hög tillväxt till mindre regioner med en stor andel av befolkningen i vårdkrävande ålder kommer vi att bygga in en oacceptabel orättvisa i framtidens välfärdssystem.

## 3. En Socialdemokratisk politik för hela landet

### 3.1 Rättvis hälso- och sjukvård i hela landet

För oss socialdemokrater är det en bärande princip att det är behoven och inte plånboken som ska styra sjukvården. Rätt till vård och omsorg får aldrig vara beroende av om du som patient har råd att betala ur egen ficka eller har tecknat en försäkring. Vi slår vakt om en gemensamt finansierad sjukvård där alla får vård efter behov och är med och betalar efter förmåga via skatten. För oss socialdemokrater är inte vård och omsorg en marknad där det privata vinstintresset ska vara styrande. All erfarenhet visar att sådana system är dyra, orättvisa och ineffektiva. I ett skattefinansierat gemensamt sjukvårdssystem kan olika utförare (offentliga, privata, kooperativa) verka. Patienterna är likaberättigade och deras hälsotillstånd ska avgöra vilken vård som ges och det ska vara ett samhälleligt ansvar att planera sjukvården så att vård av god kvalitet finns tillgänglig för alla.



Mot vård efter behov står den marknadsstyrning som nu tränger sig allt djupare in i den svenska sjukvården genom aktiva beslut från den borgerliga regeringen. Med politiska beslut har man gjort det tillåtet för privatbetalande patienter och försäkringspatienter köpa sig bättre eller snabbare vård i den offentligt finansierade sjukvården. Genom lagändring har det blivit tillåtet att sälja ut alla sjukhus, även universitetssjukhusen. Regeringen har genom lagstiftning tvingat alla landsting att införa fri etablering för vårdföretagen i primärvården. Därmed försvinner möjligheterna för landstingen att i samråd med vårdutförarna styra etableringar dit behoven är som störst istället för att vårdföretagen koncentreras dit det är mest lönsamt att etablera sig. Den nya lagstiftningen med fri etablering skapar särskilda problem i de län där de inomregionala skillnaderna mellan t ex residensstad och glesbygd är stora. Lagen gör det svårt eller omöjligt att differentiera primärvårdens uppdrag beroende på förutsättningarna, att ha ett mer omfattande uppdrag för primärvården i glesbygd långt från sjukhus jämfört med i en större stad med sjukhus.

Nya ersättningsmodeller i primärvården (Vårdval Stockholm) har i det moderatledda Stockholm omfördelat resurser från patienter med stora vårdbehov till i huvudsak friska människor i medelåldern. Under mandatperioden har ett helprivat barnsjukhus startat (Martina) för de barn vars föräldrar har råd att betala. Socialminister Göran Hägglund välkomnade sjukhuset och såg inget problem i helprivata barnsjukhus för den som har råd. På det i övrigt offentligt finansierade Södersjukhuset i Stockholm har en helprivat hjärtverksamhet startat där den som har råd att betala upp till 150.000 kr kan få hjärtvård.

Ska alla ha rätt till en vård av högsta kvalitet i ett gemensamt sjukvårdssystem krävs det resurser. Hög kvalitet i vården kan aldrig kombineras med en politik som sätter sänkt skatt som det främsta målet. Vi sätter kvaliteten i vården före stora skattesänkningar. Att fortsätta sänka skatten på det sätt som moderaterna vill hotar kvaliteten och undergräver förutsättningarna att ge god vård i framtiden när behoven ökar med en åldrande befolkning

Att ta ansvar för hela befolkningens vårdbehov är ett genuint politiskt ansvar som aldrig kan överlämnas till en marknad. Vi vill ta bort den fria etableringsrätten för vårdföretag i primärvården. Vi är för att människor får möjlighet att välja inom vården men motsätter oss att privata vårdföretag kan välja bort patienter som de inte kan tjäna tillräckligt mycket på.

Skillnaderna i förutsättningar både när det gäller skattekraft, befolkningssammansättning, befolkningsunderlag och geografiska avstånd är stora. Samtidigt har medborgarna berättigade krav och förväntningar på en hög kvalitet,



service och tillgänglighet. För att det ska vara möjligt att klara en högkvalitativ och likvärdig vård över hela landet krävs en aktiv regional- och lokal utvecklingspolitik men också nationella insatser för att utjämna skillnader i förutsättningar. Det behövs också en långsiktig gemensam strategi för hur staten och landstingen kan hitta nya vägar att effektivisera och förnya verksamheten, stärka patientens rättigheter och utjämna skillnader i tillgänglighet och kvalitet. Vi har i denna rapport valt att behandla följande områden som har stor betydelse: personalens inflytande och utvecklingsmöjligheter, personalförsörjning, IT i vården, samverkan, läkemedelsförsörjning och kvalitet.

## 3.2 Personalens inflytande och utvecklingsmöjligheter

Hälso- och sjukvården är i snabb utveckling men vårdens organisation lider fortfarande av alltför stela hierarkier och outvecklat ledarskap som hämmar personalens möjligheter att göra ett bra jobb. Personalen inom hälso- sjukvården upplever ofta att deras kunskap och erfarenhet inte tas till vara fullt ut. Personalen måste därför ha mer att säga till om när det gäller att planera och genomföra verksamheten. Ansvar och befogenheter måste följas åt. Med ökat personalinflytande utvecklas verksamheten och blir mer kostnadseffektiv. Vi vill på olika sätt öka personalens möjligheter att själva styra hela eller delar av sin verksamhet. Man ska inte behöva äga sin arbetsplats för att få inflytande. Vi vill därför öppna för självförvaltande enheter, så kallade intraprenader inom till exempel primärvård. Ett exempel kan vara Åre – Krokom i Jämtland som är ett lyckat försök inom området, där intraprenad gett bättre inflytande, påverkansmöjligheter och upplevd kvalitet. Personalen kan bland annat själva på ett effektivare sätt styra bemanning och påverka resultat.

Vi vill att personalen ska kunna få befogenheter att styra över enhetens budget och kunna få del av effektiviseringsvinster som man själv har skapat. De viktigaste faktorerna för att fullt ut kunna ta till vara personalens kompetens och yrkeskunnande är ett bra ledarskap liksom en tydlig och effektiv organisationsstruktur som gör det möjligt att utöva ett bra ledarskap. Vården behöver fler duktiga ledare som kan skapa engagemang och entusiasm i verksamheten.



## 3.3 Personalförsörjning

Hälso- och sjukvårdens långsiktiga behov av utbildad personal är en av de viktigaste framtidsfrågorna och av stor strategisk betydelse för utvecklingen i sektorn. Redan i dag finns stor brist på allmänläkare, geriatriker, psykiatriker och specialistutbildade sjuksköterskor. Det är oacceptabelt och i längden ohållbart att vissa delar av landet tvingas förlita sig på stafettläkare och andra provisoriska lösningar för att klara medborgarnas vårdbehov. Situationen riskerar att förvärras ytterligare när stora pensionsavgångar nu närmar sig.

Det är av stor vikt att landstingen driver ett internt effektiviseringsarbete och använder personalresurserna på ett optimalt sätt. Västerbottens läns landstings satsning på RAK (rätt använd kompetens) är ett exempel på hur ett strukturerat arbete med utveckling och en genomgång av personalläget och de kompetenser som finns i organisationen kan bidra till en effektivare organisation. Hälso- och sjukvården är idag en av de mest kompetenskrävande organisationerna i samhället och står inför viktiga omställningar. Att möta behoven av att tänka nytt, skapa möjlighet till inflytande och delaktighet, attrahera ny arbetskraft och uppdatera befintlig kompetens blir därför en av vårdens största utmaningar. Det krävs ett systematiskt arbete både nationellt, i varje landsting och inom vårdens olika delar för att minimera den tid som vårdens personal tvingas använda till administration. Vi vill ta de nödvändiga politiska initiativen till ett sådant arbete.

### 3.3.1 Nationell strategi för personalförsörjningen

Det krävs en målmedveten politik såväl nationellt som i landstingen/regionerna för att attrahera, utbilda och rekrytera kunniga och engagerade medarbetare till vården de kommande åren. Detta arbete kräver nya initiativ, samarbete och samordning. Vi föreslår att det utarbetas en långsiktig nationell strategi för att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov av utbildad personal. Strategin måste innehålla såväl bedömning av omfattningen på olika utbildningar som förnyelse av innehåll och utbildningsinriktningar. En viktig del måste handla om hur hög kvalitet kan upprätthållas och hur ett tillräckligt antal platser för väl fungerande praktik kan säkerställas både i den offentligt och i den privat utförda vården. Den nationella strategin bör omfatta hela utbildningskedjan, från den gymnasiala nivån till forskarutbildningen. Alla berörda aktörers engagemang behövs i detta arbete. Ett sätt att ta fram den nationella strategin är att tillsammans med parterna tillsätta en delegation för framtidens kompetensförsörjning i vården. Delegationen skulle kunna



ha i uppdrag att ta fram förslag till en samlad nationell strategi och komma med konkreta förslag för att trygga den framtida rekryteringen till hälso- och sjukvården. Förslagen och rekommendationerna bör omfatta både nationell nivå och insatser som kan genomföras lokalt/regionalt.

### 3.3.2 Läkarutbildningen

Svensk hälso- och sjukvård har ett stort behov av fler duktiga läkare. Under flera år har Socialstyrelsen rapporterat om obalans i tillgång och efterfrågan på läkare. Efterfrågan på läkare väntas öka under hela perioden till 2025, på grund av ökade vårdbehov till följd av befolkningstillväxten och att antalet äldre i befolkningen ökar. Under samma period kommer pensionsavgångarna bland läkarna att vara stora eftersom nästan varannan läkare i dag är över 50 år. Ökningar har också gjorts av antalet platser på läkarutbildningen, både av den förra och nuvarande regeringen, men utbildningstiden är lång och beslut får genomslag med 5-10 års fördröjning. Ytterligare ökningar av läkarutbildningen kan behövas för att möta det framtida behovet. Antalet läkare i Sverige med utbildning från andra länder ökar. Det är positivt och ger svensk sjukvård kraft att utvecklas. Men det är inte i längden rimligt att förlita sig på att andra länder utbildar läkare som vi sedan rekryterar.

För att klara det nuvarande och det framtida behovet av personal i hälso- och sjukvården måste hela landet få tillgång till och delta i slututbildning av läkare ute i vården efter läkarexamen (AT) och i specialisttjänstgöringen (ST). Vi föreslår att staten och landstingen sluter en överenskommelse om fördelningen av ST- och AT-tjänster för att säkra att de nationella behoven kan tillgodoses.

Ökade inslag av decentralisering av läkarutbildningen skapar förutsättningar för att få läkare att söka jobb på mindre orter och inte bara koncentreras till de traditionella utbildningsorterna och storstadsområdena. Den nya organisationen för läkarutbildningen i Umeå är ett intressant exempel på hur man kan ta nya grepp för att utveckla utbildningen, involvera hela regionen och öka de framtida möjligheterna för sjukvården utanför utbildningsorterna att rekrytera nya medarbetare. Genom beslut höstterminen 2008 och vårterminen 2009 utökades läkarutbildningen i Umeå samtidigt som delar av utbildningstiden förlagts till andra orter i Norrland. Av totalt cirka 90 studenter per termin studerar 10 i Sundsvall, 10 i Östersund, 10 i Luleå och 60 i Umeå. Av varje termins studenter genomgår en 1/3 regionaliserad utbildning (RLU) och 2/3 är kvar i Umeå. Den regionaliserade delen av läkarutbildningen gäller



termin 6-9 och termin 11. Under termin 10 genomförs ett vetenskapligt fördjupningsarbete som sker i samverkan mellan regionaliseringsorten och Umeå. Övriga terminer fullgörs i Umeå för samtliga. Huvuddelen av utbildningen sker alltså i Umeå och Umeå Universitet har det fulla ansvaret för utbildningens kvalitet. För att kunna genomföra de regionaliserade inslagen i utbildningen inrättar Umeå Universitet ett antal läkartjänster vid de tre RLU-sjukhusen (Sundsvall, Östersund, Luleå). Därtill gör universitetet i samarbete med landstingen insatser för att bygga upp den akademiska miljön, bland annat med hjälp av de statliga ALF-medel som finns för att utveckla läkarutbildning och forskning. I detta ingår den satsning som görs för klinisk behandlingsforskning i form av nätverk av kliniska forskningscentra och CUB i Umeå (Centrum för utvärdering av behandlingsnytta).

En särskild fråga som kräver ytterligare utvecklingsinsatser och nya grepp är arbetssituationen för läkare i glesbygd. Rekryteringsläget för läkare i primärvården är svårt inom stora delar av landet. De läkare som jobbar i glesbygdens primärvård får ta ett stort ansvar och har ofta stor arbetsbörda på grund av vakanser eller jobbar helt ensam. Det blir en ond cirkel som ytterligare försvårar rekrytering. Samtidigt kräver jobbet som läkare i glesbygd ett brett kunnande och många direkta insatser och bedömningar av ibland svårare fall än normalt eftersom avstånden är stora och läkaren i glesbygd i allmänhet är den enda läkaren i området.

Stafettläkarna kostade 2008 cirka 155 miljoner kronor för de fyra norrlandstingens vårdcentraler varav Norrbotten stod för en tredjedel. Stafettläkare är ingen bra lösning men är på kort sikt nödvändigt för att upprätthålla primärvården i glesbygd men för att vända situationen krävs en utveckling av arbetsförhållandena för läkare i glesbygd. Vi vill att staten bjuder in landstingen och Läkarförbundet till ett gemensamt arbete där man i dialog med närmast berörda utreder frågan om hur man kan skapa attraktiva tjänsteförhållanden för läkare i glesbygd. Det bör också utredas om en särskild utbildning/påbyggnad i glesbygdsmedicin kan utveckla yrket och förbättra situationen. Ett av landstingen betalt utbildningsår i glesbygdsmedicin för att öka intresset för jobbet som läkare i inlandet har förts fram av norrlandstingen och är en modell som bör övervägas.



### 3.3.3 Sjuksköterskeutbildningen

De som börjar sin sjuksköterskeutbildning under läsåret 2010/11 kommer i allmänhet ut på arbetsmarknaden 2013 eller 2014. Med nuvarande dimensionering av utbildningen — knappt 5 500 nybörjare per år inom de program som leder till sjuksköterske- och röntgensjuksköterskeexamen pekar prognoserna mot en viss brist på sjuksköterskor fram till 2025. Enligt landstingens bedömning råder det i dag på många håll brist på både specialistsjuksköterskor och yrkeserfarna sjuksköterskor utan specialistkompetens.

Specialistutbildade sjuksköterskor kan vara viktiga nyckelpersoner i sjukvården om de används rätt. I flera landsting har man prövat att låta specialistutbildade sjuksköterskor få ett större ansvar, till exempel för att göra endoskopier (södra sjukvårdsregionen). Utvecklingen inom sjukvården med ny teknik och nya metoder medverkar till att efterfrågan på specialistutbildade sjuksköterskor ökar. Sedan ett antal år har också Socialstyrelsen rapporterat om landstingens svårigheter att rekrytera specialistsjuksköterskor. Regeringen har i april 2009 gett en utredare i uppdrag att göra en övergripande utredning om bristen på specialistsjuksköterskor som ska vara klar i slutet av 2010.

Stora avstånd, stort ansvar, sjuksköterskebrist och stort inslag av telemedicin är faktorer som påverkar arbetet som sjuksköterska i glesbygd. Ofta ställer det krav på annan och extra kompetens. Möjlighet att bli specialistsjuksköterska för arbete i glesbygd bör övervägas liksom andra åtgärder för att möta de särskilda behov som arbetet som sjuksköterska i glesbygd medför.

## 3.4 IT i vården

Det finns stora möjligheter att med hjälp av informations- och kommunikationsteknik förbättra och utveckla vården för patienterna och underlätta arbetet för vårdpersonalen. Men det kräver användarvänliga, effektiva och koordinerade datasystem i vården som gör jobbet enklare och som bygger på att det är vårdens behov som ska styra. Idag upplever många av vårdens medarbetare att datoriseringen också inneburit ökat krångel och administrativt merarbete. Det är inte



ovanligt att det krävs ett stort antal in- och utloggningar för att ta del av både journal, undersökningssvar och läkemedelslista för en och samma patient.

### 3.4.1 Nationell IT-strategi

Avgörande för en bättre och mer effektiv hälso- och sjukvård är ett nationellt och koordinerat IT-system. Ett koordinerat IT-system har också stor betydelse för samarbetet med industrin. Den socialdemokratiska regeringen påbörjade arbetet med en nationell IT-strategi i bred samverkan med centrala aktörer. Den nuvarande regeringen har inte prioriterat detta arbete. Många bra förslag har inte fullföljts. Den nationella IT-strategin måste förnyas i grunden och ta itu med detta problem så att vården får IT-system som är anpassade till vårdens behov och underlättar administrationen. Det arbete som görs ute i landsting och regioner måste koordineras och här har staten en viktig roll ur ett nationellt sjukvårdsperspektiv. Det måste tydligt klargöras vilka mål som ska nås, vilka system som ska vara kompatibla med varandra och tidsplanen för detta. Vi vill tillsammans med myndigheter, sjukvårdshuvudmän och berörd industri utarbeta en ny nationell IT-strategi.

### 3.4.2 En patient – en journal

En huvudfråga gäller patientjournalhanteringen i vården. Endast i ett fåtal landsting har man idag tillgång till patientens hela journal oavsett vid vilken vårdenhet patienten varit. På de flesta håll är patientjournalerna fortfarande splittrade utan möjlighet för den ena vårdenheten att ta del av patientens journal från en annan. Tillgång till relevant och aktuell information om patientens mediciner saknas oftast. Detta skapar stora problem, kostar tid och hotar patientsäkerheten. All relevant vårdinformation och alla läkemedel bör samlas på ett ställe i en samlad digital journal för varje patient så att patienten slipper upprepa sin historia vid varje ny vårdkontakt. Detta skulle minska det administrativa arbetet, spara tid och öka patientsäkerheten. Att patienten om den så önskar kan få tillgång till sin egen journal via nätet ökar också delaktigheten och inflytandet för medborgarna. Arbetet med att nå målet ”En patient – en journal” pågår ute i landsting/regioner men takten är fortfarande för långsam och den centrala koordineringen saknas. Risken för enskilda landsting/regioner är stor eftersom det handlar om stora investeringar där beställaren kan få ta stora utvecklingskostnader. Vi föreslår ett statligt initiativ för att samordna och påskynda arbetet så att målet om ”En patient – en journal” kan nås. Staten bör, i



dialog med sjukvårdshuvudmännen, se till att ett sådant system successivt genomförs i vården så snabbt som möjligt.

### 3.4.3 e-Hälsa.

Inom hälso- och sjukvården har man sedan länge använt begreppen telemedicin och televård. Under den senaste tiden har dock begreppet e-Hälsa etablerats. e-Hälsa handlar om att göra vården enklare för patienter och personal och begreppet täcker in utvecklingen av olika vårdtjänster som bygger på distansöverbryggande teknik.

Minskat resande är en stor vinst och de landsting som har mycket glesbygd och stora avstånd har väldigt mycket att vinna på att utveckla denna typ av lösningar. Mycket av utvecklingen på området när det gäller att använda de tekniska möjligheterna i vardagen sker också i dessa landsting. Användningsområdena och exemplen är många. I Västerbotten har det bland annat på vårdcentralen i Tärnaby blivit rutin att via videokonferens få hjälp med diagnostik och behandling av specialister på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Hälsocentralerna i Jämtland och Härjedalen har länge skickat digitala röntgenbilder på (till exempel) benbrott till ortopedspecialister på annat håll. I Västernorrland kan cancerpatienter få strålbehandling på hemmaplan istället för att åka till Umeå. Behandlingen planeras av specialister i Umeå som fjärrstyr strålkanonen på Sundsvalls sjukhus. Västerbotten har använt ny teknik för att koppla ihop bland annat sjukhus, primärvård, socialtjänst, hemsjukvård och särskilt boende. Om två medarbetare från vårdcentralen i Norsjö skulle åka de nio milerna till Skellefteå skulle tidsåtgången bli väldigt stor. Genom att genomföra vårdplaneringen med videokonferens sparas både tid, pengar och miljö. Ett annat exempel är specialister i ortopedi, diabetologi samt fotterapeut och ortopedtekniker som har haft mottagning via nätet för typ 2-diabetiker med fotsår. Förberedelserna tog en del tid för både sändande och mottagande personal men patienterna i försöket sparade i genomsnitt 38 mil per besök.

Det är av stor vikt att understödja det arbete som pågår i hälso- och sjukvården för att utveckla lösningar med e-hälsa bör ges nationellt stöd för att möjliggöra en effektiv spridning av erfarenheter och lösningar.



### 3.4.4 Mitt hälsokonto

Möjligheterna för varje människa att själv kunna vårda sin hälsa och påverka sin vård är mycket viktigt. Vi vill att samhället ska ge alla medborgare som vill möjlighet att kostnadsfritt öppna ett eget hälsokonto ("Mitt hälsokonto") där viktig hälsoinformation kan samlas och där den enskilda individen är den som äger informationen och bestämmer om tillgången till den. Hälsokontot kan innehålla viktig personlig information, till exempel vilken antibiotika jag inte tålde, vilka vaccinationer jag (och mina barn!) har tagit, i vilket knä jag hade ont i för tio år sedan eller styrkan på glasögonen och allt annat som finns i den personliga hälsohistoriken. Ingen annan än du själv, eller den du väljer, ska ha tillgång till informationen.

Mitt Hälsokonto skapar möjligheter att organisera hälsoinformation och gör det lättare hålla kontakt med vården. På Mitt Hälsokonto ska man t ex kunna ha:

- En lista över läkemedel du använder, och egna kommentarer om t ex biverkningar.
- En förteckning över vilka vaccinationer som du och dina barn har tagit och när.
- Möjlighet att boka tider hos vårdcentralen, tandläkaren eller optikern.
- Information från mina besök hos tandläkaren, optikern, vaccinationscentralen, utlandsvården, naprapat etc.
- Kortfattad information ur journaler, från vårdcentraler, sjukhus och hemsjukvård.
- Vårdplaner, biståndsbeslut från kommunen, kontaktuppgifter för hemtjänst och färdtjänst.
- Sjukgymnastik och friskvård
- Provsvar
- Mina egna anteckningar.
- Länkar

## 3.5 Samverkan

Kommuner och landsting har enligt lagar och föreskrifter en skyldighet att samarbeta kring patienter och brukare. Tyvärr finns det ibland brister i denna samverkan vilket leder till att svårt sjuka och sköra kommer i kläm. Fungerande och god samverkan är inte minst viktigt i glesbygd, både av resursskäl och av personella skäl. Många vård- och omsorgsbehövande har behov av insatser från såväl landstingets hälso- och



sjukvård som kommunens vård och omsorg. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att landstingen och kommunerna utvecklar metoder för samordnad planering samt säkerställer att den vård och omsorg som erbjuds är av god kvalitet. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för de enskilda som berörs. Ädelreformen innebar att kommunerna övertog verksamhetsansvaret för och driften av sjukhem. Kommunerna kunde också genom avtal med landstinget ta över ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet, vilket har skett i hälften av landets kommuner.

I takt med kortare vårdtider vid sjukhus samtidigt som fler äldre bor hemma har hemtjänsten fått en allt viktigare och mer komplicerad uppgift. Hemtjänsten är basen för den offentliga vården och omsorgen om äldre i Sverige. Tack vare en utvecklad hemtjänst, hemsjukvård, hjälpmedel och ett ökat antal anpassade bostäder kan allt fler bo kvar hemma allt längre. Vid behov får äldre personer stöd i det egna boendet genom olika insatser som trygghetslarm, hemsänd mat, färdtjänst, vård och omsorg av hemtjänsten och hemsjukvården dygnet runt. Även avancerade sjukvårdsinsatser kan numera erbjudas i det egna hemmet.

Dagens huvudmannaskapsregler för hemsjukvården är i detta sammanhang ett problem. I hälften av landets kommuner är det fortfarande två olika organisationer för vården och omsorgen om äldre som vårdas hemma. Det betyder att först kommer kommunens hemtjänst och därefter kommer landstingets omvårdnadsteam. Det blir många olika personer att lära känna och försvårar samarbetet för personalen.

I den nationella utvecklingsplanen från våren 2006 redovisade den socialdemokratiska regeringen att huvudansvaret för hemsjukvården bör överföras till kommunerna och att regeringen skulle återkomma att hösten 2006 med ett lagförslag om detta. Omedelbart efter regeringsskiftet redovisade den nya borgerliga regeringen att de inte skulle genomföra denna förändring.

Nu har regeringen ändrat sig och redovisar att det tillsätts en nationell samordnare med uppgift att stödja landsting och kommuner med att fortsätta processen med att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Samordnaren ska kartlägga vilka hinder som finns för ett övertagande, föreslå hur ett övertagande kan gå till och samverka med landsting och kommuner i denna process.

Vi anser att regeringens förslag är för svagt och defensivt. Risken är uppenbar att trycket på parterna att komma överens inte blir tillräckligt och att tiden går utan att frågan löses. Vi vill se en lagstiftning om ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården. Inte minst viktigt är detta för glesbygden med långa restider och numerärt små organisationer vilket ställer krav på samverkan för att lösa uppgiften.



Situationen och samverkansförhållandena ser naturligtvis olika ut på olika ställen i landet. De organisatoriska problemen kring hemsjukvården behöver lösas en gång för alla för att verksamheten ska kunna utvecklas. Trots goda ambitioner kring samverkan är det dock på en del ställen fortfarande så att resultatet inte blir så bra som det skulle kunna bli. Det är inte optimalt med två olika organisationer för vården och omsorgen om äldre som vårdas hemma. Med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna kan integreras till en helhet. Kommunen har redan idag sjukvårdsansvaret (dock inte för läkare) för dem som bor i särskilda boenden. Det är naturligt att kommunen har motsvarande ansvar även för äldre som bor i servicelägenhet eller annat eget boende för att skapa ett samlat ansvar oavsett boendeform. Äldrevårdsutredningen konstaterar att landsting och kommuner har svårast att komma överens om en bra arbetsfördelning i de kommuner där landstinget har kvar ansvaret för hemsjukvården. Det finns dock exempel på väl fungerande avtal och lösningar och dessa lösningar bör naturligtvis ha möjlighet att fortsätta. Även med ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården bör kommuner och landsting genom avtal kunna komma överens om en annan lösning. Vi föreslår att det utarbetas ett lagförslag om kommunalisering av hemsjukvården.

Även möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting genom särskilda samverkansorgan bör stödjas. Samverkan och gemensamt utnyttjande av personalresurser är ofta en nödvändighet för fungerande samhällsservice i glesbygd.

I Gäddede i norra Jämtland har samarbetet mellan kommunen och landstinget inom ramen för en gemensam nämnd i en extrem glesbygd resulterat i god vård, hög trygghet och enkla lösningar. På ett 46 kvadratmil stort område med endast 900 invånare har man genom relativt få personal samlat många kompetenser och klarat service och trygghet i äldrevård och sjukvård. Ett exempel är att ambulanspersonalen också arbetar i direkt sjukvård inne på hälsocentralen, i hemvården och särskilt boende. All personal utom läkarna är anställda av kommunen.

I Västerbotten har landstinget och Skellefteå kommun ett samarbete när det gäller vård och omsorg. Samarbetsområdena är barn/ungdom, vuxna och äldre. Ett avtal om samarbete finns på verksamhetsnivå mellan socialtjänst och närsjukvård.

I Kronoberg har landstinget och räddningstjänsterna i länet inlett ett samarbete som betecknas IVPA (I Väntan På Ambulans). Räddningstjänst kommer att, då ambulans ej är tillgänglig eller där räddningstjänst bedöms vara först på plats, starta med livräddande åtgärder. Exempel på detta kan vara hjärt-lungräddning med defibrillator och oxygen behandling. Liknande samarbete finns på andra håll i landet.



## 3.6 Läkemedelsförsörjning

Den borgerliga regeringen har under denna mandatperiod avreglerat apoteksmarknaden och sålt ut över 616 av samhällsägda Apoteket AB:s drygt 900 apotek till privata företag. Många apotek ägs nu av internationella riskkapitalbolag. Avregleringen leder till högre kostnader genom att den av staten fastställda handelsmarginalen för apoteken höjs.

Vi socialdemokrater har protesterat mot den borgerliga regeringens apotekspolitik. Det svenska apotekssystemet där Apoteket AB hade ensamrätt på försäljning till konsumenterna och där läkemedelsbolagen konkurrerade om att få sälja läkemedel till Apoteket AB var ett mycket framgångsrikt system. Det bidrog till att vi hade ett av de säkraste och mest kostnadseffektiva distributionssystemen i världen för läkemedel samtidigt som apoteken låg i topp när det gäller kundnöjdhet enligt de mätningar som Svenskt Kvalitetsindex gör årligen.

En allvarlig effekt av avregleringen är att samhällsansvaret för att det finns service i hela landet är borta. Inga apotek, inte heller det som är kvar av Apoteket AB har något specifikt samhällsansvar. Under en övergångsperiod på tre år ska apoteksombuden i glesbygd finnas kvar. De privata aktörer som köpt apotek av Apoteket AB ska under en treårsperiod garantera befintlig service. Vad som händer sedan vet ingen. Ett vagt löfte om utvärdering är det enda som utlovats.

En annan effekt av apoteksavregleringen är sämre tillgänglighet för patienter vars läkemedel är tillfälligt slut eller inte finns inne på apoteket för tillfället. Dessa patienter kunde tidigare som alternativ till att återkomma en annan dag få besked om vilket närmaste apotek som hade läkemedlet inne. Nu kan bara det av patienten besökta apoteket bara se om ett läkemedel finns på ett annat apotek om de tillhör samma apotekskedja.

Hela läkemedelsförsörjningen måste ses över i ett medborgarperspektiv. Den borgerliga regeringen har av ideologiska skäl drivit frågan om avreglering och därför valt att se apotekshanteringen enbart som en del av detaljhandeln och inte som en integrerad del av hälso- och sjukvården. Receptbelagda läkemedel är till cirka 80 procent subventionerade av skattemedel och har ett fast pris i kundledet som fastställs av staten. Det går därför inte att tala om en marknad i vanlig mening när det gäller försäljning av receptbelagda läkemedel till allmänheten. Säkerhetsaspekten är central och avgörande i all hantering av receptbelagda läkemedel, men också god



tillgänglighet är naturligtvis väsentlig. Eftersom receptbelagda läkemedel kräver ett beslut av läkare så är tillgängligheten till primärvården av stor betydelse.

Att se över hela läkemedelsförsörjningen innebär att också att vi vill titta på nya sätt att distribuera läkemedel samt att göra dem mer tillgängliga för patienter. Ett exempel kan vara att patienter som tar samma mediciner under lång tid ska kunna få dessa hemskickade direkt i brevlådan utan att behöva besöka ett fysiskt apotek. Vi vill också undersöka möjligheten att i ökad utsträckning ge patienterna utökade och förenklade möjligheter att kunna beställa sina läkemedel via Internet och få dessa hemskickade.

Vi vill också undersöka möjligheterna för hälso- och sjukvården att själva lämna ut läkemedlet vid förskrivningstillfället och därmed bespara patienten ett apoteksbesök samtidigt som säkerheten ökas att rätt läkemedel distribueras. Vi vill också se om apotek kan etableras vid större vårdcentraler för att förenkla för medborgarna. På sikt kan också sådana reformer göra läkemedel mer tillgängliga i till exempel glesbygdsområden.

## 3.7 Kvalitet

Alla människor i Sverige har rätt till en sjukvård av hög kvalitet. Det är ett politiskt ansvar att se till att sjukvårdssystemet verkligen fungerar så. Idag finns det oacceptabelt stora skillnader när det gäller kvalitet och patientsäkerhet i vården. Det landstingskommunala självstyret handlar inte om att patienter skall få ge olika bra vård utan om att organisationen kan och måste kunna se olika ut beroende på lokala och regionala förutsättningar. För att höja och säkra kvaliteten i sjukvården i hela landet krävs insatser på flera olika områden. Vi vill i detta sammanhang på behovet av nationell kvalitetscertifiering av all sjukvård, skatteutjämning, större regioner, ambulanshelikopterverksamhet och ett utvecklingsarbete när det gäller att hitta nya lösningar för primärvård i glesbygd.

### 3.7.1 Nationell kvalitetscertifiering

Det finns stora skillnader i sjukvården mellan landstingen och mellan olika vårdgivare när det gäller vårdens kvalitet. Det gäller exempelvis cancervården, vården av hjärt- och lungsjukdomar, strokevård, diabetesvård och palliativ vård. Det är inte rimligt att



kvinnor, invandrare eller låginkomsttagare ska få sämre vård än andra eller att bostadsorten eller val av vårdgivare ska vara avgörande för vårdkvaliteten.

För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet vill vi införa en nationell kvalitetscertifiering. Dagens kontrollsystem är nästan helt inriktad på granskning i efterhand om något har gått fel. Den nationella kvalitetscertifieringen ska säkra att det blir rätt från början och ska gälla alla offentligt finansierade vårdgivare, offentliga såväl som privata, kooperativa eller ideella. Certifieringen ska vara tidsbegränsad och omprövas med jämna mellanrum. Den ska kunna dras in när vårdgivare har brister i vården. För att få certifiering ska vårdgivare visa att vården har hög kvalitet och är evidensbaserad, håller god tillgänglighet, uppfyller krav på patientsäkerhet. Certifieringen innebär också att alla vårdgivare måste följa nationella riktlinjer och vårdgarantin, ingå i samma nationella system för kvalitetsregister och öppna jämförelser. All vård måste kunna leva upp till kraven att vara jämlik och jämställd och följa vårdetiska regler som garanterar ett gott bemötande i vården oavsett etisk eller social bakgrund. Demokratiskt valda och medborgarna ska ha rätt till insyn i verksamheten och ekonomin. Krav bör också ställas på samverkan så att patienten kan garanteras en god vård under hela vårdkedjan. Personalens meddelarfrihet och kompetensutveckling ska säkerställas. Certifieringen ska vara en kvalitetssäkring och trygghet för alla medborgare men den bör också kunna kompletteras på regional nivå för att bidra till ytterligare utveckling och förnyelse.

### 3.7.2 Skatteutjämning

Under större delen av 1900-talet har också de svenska kommunerna och landstingen fått någon form av statligt bidrag i syfte att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar. Ett utjämningsystem i egentlig mening infördes dock först år 1966. Under de senaste årtiondena har det nästan ständigt pågått en utredning om hur utjämningsystemet ska se ut. Större justeringar i utjämningsystemet har under senare år skett 1993, 1996 och år 2005. Och allt tyder på att det även i framtiden kommer att behövas en kontinuerlig översyn i takt med att samhället förändras.

Den översyn som pågår nu (Utjämningskommittén.08) ska vara klar 2011 och göra en översyn av det kommunalekonomiska utjämningsystem som gäller sedan 2005. Det kommunalekonomiska utjämningsystemet gäller även landstingen (även om betydelsen av systemet är större för kommunerna). En långtgående utjämning av



strukturella kostnader åstadkoms genom kostnadsutjämnningen samtidigt som en långtgående utjämning av skattekraft sker i inkomstutjämnningen.

Utjämningsystemet har många gånger ifrågasatts, främst av Moderaterna. För oss socialdemokrater är en skatteutjämning med hög ambitionsnivå en självklarhet. Vi kan inte acceptera minskade ambitioner på detta område. Utan en fungerande ekonomisk omfördelning mellan olika delar av Sverige skulle det vara helt omöjligt att upprätthålla fullgod service i hela landet.

### 3.7.3 Större regioner

På flera håll i landet finns regionala kompetenscentrum inom olika områden som arbetar med verksamhetsutveckling och kunskapsstöd. Detta arbetssätt är en viktig del i strävan efter en nationellt likvärdig vård. Regionala kompetens- och kunskapscentrum har en viktig roll för att sprida kunskap och information om nationella riktlinjer samt även se till att de senaste kunskaperna och bästa förebilderna i arbetet med kvalitet, tillgänglighet och förebyggande insatser förmedlas ut i hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Landstingen påverkas mycket påtagligt av den snabba medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården. Många behandlingsformer med till exempel dyr utrustning eller specialiserad kompetens kräver stora patientunderlag för att kunna bedrivas effektivt. Den kliniska och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården gör koncentration av allt fler verksamheter till en nödvändighet om vården ska ligga i framkant i hela landet. En del av dessa utmaningar går att lösa med mer av nationell samordning, rikssjukvård och mer av strukturerad samverkan. Men vi är övertygade om att det också krävs ett större patientunderlag och en större finansiell bas än dagens landsting/regioner om alla medborgare ska kunna erbjudas en vård av högsta klass, på lika villkor, oberoende av bostadsort. Därför förordar vi socialdemokrater en regionreform där det bildas betydligt större enheter (regioner/landsting).

### 3.7.4 Ambulanshelikoptrar

Ambulanshelikopter kan i glesbygdsområden spela stor roll för allvarligt skadade patienters möjligheter att klara sig. Ambulanshelikopterarna används ofta för prio 1-uppdrag (akuta livshotande symptom). Det gäller trauma (där bilolyckor är en vanlig



orsak) eller akutmedicinska tillstånd till exempel patienter som drabbats av slaganfall, hjärtinfarkt, allergiska reaktioner, astmaanfall, insulinkoma och epilepsi. Patientkategorin inkluderar även sjuka barn. Ambulanshelikoptrar används också för transporter av patienter, organ eller personal mellan sjukhus. Vid sekundäruppdrag kan både helikopter och flygplan användas. Vanliga diagnoser är multitrauma, akut hjärtinfarkt, brännskada, skallskada och instabil kranskärslsjukdom. Andra grupper är intuberade patienter och infektionspatienter.

Behovet av att relativt snabbt kunna flytta svårt sjuka eller skadade patienter mellan våra sjukhus eller till högspecialiserad vård kommer troligen att öka då specialiseringen ökar inom ex hjärt-, stroke- och traumavården. En helikopter kan flytta patienter på ett snabbare och skonsammare sätt med bibehållen kvalificerad vård och övervakning.

Ambulanshelikopterverksamhet var tidigare en statlig verksamhet men är sedan snart 20 år landstingens ansvar. Jämfört med de flesta europeiska länder har Sverige få ambulanshelikoptrar. Idag saknar landstingen i Västernorrland, Dalarna, Värmland, Örebro, Västmanland, Södermanland, Östergötland, Jönköping, Halland, Kronoberg och Skåne i princip tillgång till ambulanshelikopter för primärtransporter. Några av dessa landsting har dock kompletterat sin ambulansorganisation med akutbilar med narkosläkar- eller narkosköterskekompetens. För att det skall bli kostnadseffektivt med läkare prehospitalt måste det finnas ett tillräckligt befolkningsunderlag. En ambulanshelikopter får tillräckligt med befolkningsunderlag genom samarbete mellan fler landsting.

En särskild statlig utredare har haft regeringens uppdrag att se över hur den offentliga sektorns användning av helikoptertjänster kan bli mer effektiv. Avsikten är att man genom ett ökat samutnyttjande och lokalisering skall uppnå effektiviserings- och rationaliseringseffekter. Utredaren har behandlat frågor om huvudmannaskap, samfinansiering, behov och tillgänglighet. Den särskilde utredaren har vidare utrett frågan om lämpligheten av och fördelarna med att i ökad utsträckning ingå avtal med kommersiella helikopteroperatörer. Utredningen överlämnades i december 2008 och har specifikt belyst hälso- och sjukvårdens behov av luftburna ambulanssjukvård och har bl.a. pekat på behovet av samordnad upphandlingskompetens.

I sina överväganden anger helikopterutredningen bl a att i ett till ytan stort land, med en liten befolkning som är spridd över stora avstånd är ett väl fungerande och integrerat system för luftburna transporter en strategisk resurs för sjukvården. Sverige saknar i dag ett sådant system. Avsaknaden av ett nationellt yttäckande ambulanshelikoptersystem medför att medborgarna i Sverige har ojämlig tillgång till optimala vårdresurser vid trauma och akuta medicinska tillstånd. Behandlingsresultaten riskerar därmed att bli sämre för vissa patienter eftersom det tar för lång tid att komma till rätt behandling.



Helikopterutredningen konstaterar att i såväl Finland som Norge har vetenskapliga studier av nyttan med ambulanshelikopter fått ligga till grund för förslag om nationella ambulanshelikoptersystem.

Helikopterutredningen föreslår att staten och landstingen tillsammans ser över behovet av åtgärder för att öka tillgängligheten till snabb adekvat behandling av patienter som annars riskerar att avlida eller få allvarliga men. Utredningen pekar också på att ett sådant arbete kan ske inom ramen för den årligt återkommande Dagmaröverenskommelsen, där riktade satsningar, i samförstånd mellan staten och landstingen, används för att stimulera olika former av utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. Helikopterutredningen föreslår att regeringen tillsätter en förhandlingsdelegation med uppdrag att inrätta ett nationellt bolag för luftburen ambulanssjukvård (NBLA). Om NBLA inrättas så innebär det inte någon höjd ambition när det gäller antalet ambulanshelikoptrar. En sådan utökning beslutas i vanlig ordning av landstingen. Inledande uppgifter för NBLA blir att successivt överta de befintliga avtalen för ambulanshelikoptrar.

Regeringen har tyvärr varit helt passiv i frågan. De har inte ens skickat ut utredningen på remiss. Vi föreslår att utredningens förslag om ett nationellt bolag prövas. Ambulanshelikopterverksamheten är viktig i ett kvalitets- och säkerhetsperspektiv för den framtida sjukvården, inte minst ur ett glesbygdsperspektiv.

### 3.7.5 Primärvård i glesbygd

Grundläggande sjukvård behöver finnas nära medborgarna. Alla ska kunna känna en trygghet i att en god vård finns lätt tillgänglig när man behöver och erbjudas utan att man ska behöva långa resor från där man bor och lever. Därför är den nära hälso- och sjukvården som idag främst bedrivs på vårdcentralerna så viktig. Den är basen i sjukvården. I primärvården ska man på sin vårdcentral kunna ha en fast läkarkontakt och känna en trygghet i att personalen känner patienten och dess behov.

Under senare år har en rad olika vårdvalssystem för primärvården växt fram i landstingen. Vi ser positivt på detta. Det är bra att medborgarna får möjlighet att välja vem ska utföra vården. Vad som ingår i primärvårdsuppdraget skiljer sig åt mellan olika vårdvalssystemen (till exempel om MVC, BVC, rehab- och hemsjukvård ingår i uppdraget eller ej). Gemensamt för vårdvalssystemen är att patienten får välja vårdgivare bland de aktörer (landstingsdrivna eller privatdrivna) som vill ingå i vårdvalet och som godkänts av landstinget. På många håll har regelverket kring



vårdvalssystemen gjorts upp i enighet över blockgränserna. Det gäller till exempel Halland som var tidigt ute med ett vårdvalssystem. I några landsting råder oenighet mellan de politiska blocken, främst om ersättningssystemets konstruktion. Diskussionen kring ersättningssystemen har handlat om främst två saker. Dels hur mycket som ska vara fast ersättning per listad patient respektive rörlig ersättning per besök och dels om ersättningen ska viktas utifrån vårdtyngd. För oss socialdemokrater är viktning efter vårdtyngd i någon form ett grundläggande krav som vi ställer på vårdvalssystem. Valfrihet för patienten måste utformas så att det tar hänsyn till olika vårdbehov och socioekonomiska villkor.

Den borgerliga regeringen drev 2009 igenom att alla landsting från 2010 ska ha ett vårdvalssystem med fri etablering för vårdföretag. Vi anser att etableringar av nya vårdgivare måste bygga på kriterier som landstingen själva sätter upp, utöver de kriterier som ska anges i den nationella kvalitetscertifieringen. Landstingen ansvarar för att alla människor har tillgång till närsjukvård inom rimliga avstånd. För oss socialdemokrater är det därför otänkbart att acceptera fri etablering för vårdföretag inom den offentligt finansierade vården. De folkvalda måste ha rätt att neka nyetableringar och att geografiskt styra var en ny vårdgivare får etablera sig. Det är nödvändigt sjukvårdens resurser ska kunna styras dit behoven är som störst. Dagens lagstiftning som ger privata företag valfrihet att välja bort patienter och fritt etablera sig där det är mest lönsamt vill vi avskaffa och ersätta med en valfrihet för patienten.

Förutsättningarna för att bedriva sjukvård varierar stort, från tätbefolkade storstadsområden till extrem glesbygd med 900 invånare på 46 kvadratmil (Gäddede). Därför kan inte heller den nära sjukvården organiseras på samma sätt över hela landet. Den nära vården måste utgå från de specifika behov som kännetecknar det område man verkar i. Det kan innebära att särskilda lösningar för glesbygdsområden inom ett landsting kan behövas. Vårdvalssystemet måste kunna ta hänsyn till glesbygdens särskilda situation och behov av annorlunda lösningar och samverka med annan samhällsservice. Norrbotten har fört fram tankar på med hjälp av landstingets egen personal anordna interna stafettläkarsystem för att få en fungerande primärvård i glesbygd med stora läkarvakanser. I Jämtland (Gäddede) finns en gemensam nämnd och verksamhet med kommunen för att kunna ge bästa service. I Västerbotten m.fl. ställen har utnyttjande av telemedicin möjliggjort snabba besked trots stora avstånd. Vi vill främja dialog och samverka med det lokala samhället, vilket kan bidra till ökat medborgerligt engagemang för primärvården. Samtidigt är utmaningarna stora. Det behövs också ett nationellt engagemang för att stödja erfarenhetsutbyte och utveckling av nya lösningar för glesbygd.



## 4. Avslutning

För att enskilda förslag om förbättringar i sjukvården ska fungera och spela roll i ett längre perspektiv krävs en övergripande politik som prioriterar en bred och tydlig satsning på välfärdspolitiken. Problemet med finansieringen av välfärdstjänster är inte saknas resurser i vårt samhälle. Det handlar om människors möjligheter till arbete och på vilket resurser fördelas till välfärden. Den borgerliga regeringen har under mandatperioden sänkt skatterna med närmare 100 miljarder kronor, vilket främst gynnat de med stora inkomster och förmögenheter. En socialdemokratisk välfärdspolitik måste ta sin utgångspunkt i jobbfrågan. Fler jobb ger stark ekonomi och möjlighet att utveckla välfärden. Regeringens misslyckande inom jobbpolitiken är ett av de största hoten mot välfärden. Vi vill utveckla den generella välfärdspolitiken och den gemensamma välfärden. Mot detta står den borgerliga politiken som prioriterar sänkta skatter med det långsiktiga målet att begränsa det offentliga åtagandet. Det leder till en gemensam välfärd som endast innehåller ett begränsat basutbud vilket skapar ett tryck att betala extra för att få en välfärd av god kvalitet. Vi accepterar aldrig en sådan utveckling i Sverige.

---

### Punktlista över förslagen i rapporten

- Vi vill ta bort den fria etableringsrätten för vårdföretag i primärvården. Vi är för att människor får möjlighet att välja inom vården men motsätter oss att privata vårdföretag kan välja bort patienter som de inte kan tjäna tillräckligt mycket på.
- Vi vill på olika sätt öka personalens möjligheter att själva styra hela eller delar av sin verksamhet. Man ska inte behöva äga sin arbetsplats för att få inflytande. Vi vill därför öppna för självförvaltande enheter, så kallade intraprenader inom till exempel primärvård.
- För att klara det nuvarande och det framtida behovet av personal i hälso- och sjukvården måste hela landet få tillgång till och delta i slututbildning av läkare ute i vården efter läkarexamen (AT) och i specialisttjänstgöringen (ST). Vi föreslår att staten och landstingen sluter en överenskommelse om fördelningen av ST- och AT-tjänster för att säkra att de nationella behoven kan tillgodoses.



- Vi vill att staten bjuder in landstingen och Läkarförbundet till ett gemensamt arbete där man i dialog med närmast berörda utreder frågan om hur man kan skapa attraktiva tjänsteförhållanden för läkare i glesbygd. Det bör också utredas om en särskild utbildning/påbyggnad i glesbygdsmedicin kan utveckla yrket och förbättra situationen.
- Vi vill tillsammans med myndigheter, sjukvårdshuvudmän och berörd industri utarbeta en ny nationell IT-strategi.
- All relevant vårdinformation och alla läkemedel bör samlas på ett ställe i en samlad digital journal för varje patient så att patienten slipper upprepa sin historia vid varje ny vårdkontakt. Vi föreslår ett statligt initiativ för att samordna och påskynda arbetet så att målet om ”En patient – en journal” kan nås. Staten bör, i dialog med sjukvårdshuvudmännen, se till att ett sådant system successivt genomförs i vården så snabbt som möjligt.
- Möjligheterna för varje människa att själv kunna vårda sin hälsa och påverka sin vård är mycket viktigt. Vi vill att samhället ska ge alla medborgare som vill möjlighet att kostnadsfritt öppna ett eget hälsokonto (”Mitt hälsokonto”) där viktig hälsoinformation kan samlas och där den enskilda individen är den som äger informationen och bestämmer om tillgången till den.
- De organisatoriska problemen kring hemsjukvården behöver lösas en gång för alla för att verksamheten ska kunna utvecklas. Vi vill se en lagstiftning om ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården.
- Hela läkemedelsförsörjningen måste ses över i ett medborgarperspektiv. Att se över hela läkemedelsförsörjningen innebär att också att vi vill titta på nya sätt att distribuera läkemedel samt att göra dem mer tillgängliga för patienter. Ett exempel kan vara att patienter som tar samma mediciner under lång tid ska kunna få dessa hemskickade direkt i brevlådan utan att behöva besöka ett fysiskt apotek. Vi vill också undersöka möjligheten att i ökad utsträckning ge patienterna utökade och förenklade möjligheter att kunna beställa sina läkemedel via Internet och få dessa hemskickade.
- Det finns stora skillnader i sjukvården mellan landstingen och mellan olika vårdgivare när det gäller vårdens kvalitet. För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet vill vi införa en nationell kvalitetscertifiering. Dagens kontrollsystem är nästan helt inriktad på granskning i efterhand om något har gått fel. Den nationella kvalitetscertifieringen ska säkra att det blir rätt från början och ska gälla alla



offentligt finansierade vårdgivare, offentliga såväl som privata, kooperativa eller ideella.

- Vi är övertygade om att det också krävs ett större patientunderlag och en större finansiell bas än dagens landsting/regioner om alla medborgare ska kunna erbjudas en vård av högsta klass, på lika villkor, oberoende av bostadsort. Därför förordar vi socialdemokrater en regionreform där det bildas betydligt större enheter (regioner/landsting).
- Ambulanshelikopterverksamhet var tidigare en statlig verksamhet men är sedan snart 20 år landstingens ansvar. En särskild statlig utredare har haft regeringens uppdrag att se över hur den offentliga sektorns användning av helikoptertjänster kan bli mer effektiv. Regeringen har tyvärr varit helt passiv i frågan. De har inte ens skickat ut utredningen på remiss. Vi föreslår att utredningens förslag om ett nationellt bolag prövas. Ambulanshelikopterverksamheten är viktig i ett kvalitets- och säkerhetsperspektiv för den framtida sjukvården, inte minst ur ett glesbygdsperspektiv.

---

