

Motion till riksdagen 2025/26:3542

av **Nils Seye Larsen m.fl. (MP)**

Stärkt hälso- och sjukvård i hela landet

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärkta resurser till sjukvården behövs för att minska personalbristen, förbättra arbetsmiljön samt utveckla vårdens kvalitet och effektivitet och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det behövs stärkta resurser för att förbättra omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen ska återkomma med konkreta förslag för att stärka primärvården och omställningen till en god och nära vård utifrån slutsatserna och rekommendationerna i rapporten Omtag omställning och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen ska återkomma med konkreta förslag för att stärka primärvården och omställningen till en god och nära vård utifrån slutsatserna i Socialstyrelsens delredovisning och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kompetensförsörjningen inom primärvården i hela landet kan stärkas och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen ska återkomma med konkreta förslag för att minska arbetsbelastningen och det

administrativa arbetet för allmänläkare utifrån rapporten Vården ur primärläkarnas perspektiv och tillkännager detta för regeringen.

7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för hur kompetensförsörjning inom vård och omsorg kan säkras på kort och lång sikt och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ett särskilt fokus i denna nationella plan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg ska läggas på hur kompetensförsörjningen kan säkerställas i glest befolkade regioner och kommuner och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör genomföra de förslag i Nationella vårdkompetensrådets nationella plan för kompetensförsörjning som har regeringen som utförare samt att regeringen i samverkan med kommuner och regioner bör verka för att planen genomförs i sin helhet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förstärka förutsättningarna för de regionala vårdkompetensråden och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att utreda konsekvenserna för kompetensförsörjningen inom vård och omsorg i hela landet av den restriktiva migrationspolitik som förts 2022–2025 och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och återkomma med förslag på en satsning för en god och långsiktigt hållbar arbetsmiljö inom vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att avsluta den nuvarande Effektivitetsdelegationen och i stället ta fram ett förslag på kvalitets- och effektivitetsdelegation där företrädare för olika vårdyrken, vårdgivare och patientorganisationer ingår, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att återkomma med förslag om hur och för vad förskrivningsrätt kan utökas till fler yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att utreda och återkomma med förslag om ökat teamarbete inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att avskaffa den nationellt påtvingade lagen om valfrihet inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen, med stöd i Ds 2023:27, ska återkomma med förslag till lagändringar som säkerställer att digitala vårdgivare omfattas av krav på kontinuitet, listning och uppföljningsansvar i primärvården och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen ska återkomma med konkreta förslag om nationella principer för ersättning för digitala vårdkontakter samt ge SKR och regionerna i uppdrag att inom dessa ramar ta fram en gemensam ersättningsmodell och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att inrätta ett nationellt kvalitetsregister för endometrios och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att inrätta ett nationellt kvalitetsregister för abortvård och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt forskning inom kvinnosjukdomar, med särskilt fokus på endometrios, PMS och klimakteriebesvär, och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt förlossningsvård och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med förslag om hur kunskapen om förlossningsskador kan ökas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag för hur tillgängligheten och

bemötandet i vården kan stärkas för alla oavsett funktionsvariation och tillkännager detta för regeringen.

26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för hbtqi-kompetens i vården och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag för hur screeningprogrammen kan utvecklas samt förslag på riktade insatser för de målgrupper som har lägre deltagande i screeningprogram, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag för hur utbildningsinsatser i tidig upptäckt av cancer kan öka inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med förslag om tydligare nivåstrukturering inom cancervården och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med förslag för hur kompetensen inom cancervården genom hela vårdkedjan kan stärkas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag för att utveckla mätbara indikatorer för NHV avseende kvalitet, effektivitetsvinster och systemkonsekvenser för hela vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med förslag på hur stödet till närstående till svårt sjuka kan stärkas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Smer i uppdrag att återkomma med förslag på hur arbetet med regionala etiska råd, med tydlig koppling till Smer, kan stärkas och tillkännager detta för regeringen.

35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag på hur stödet till patientorganisationer kan stärkas och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen, utan att begränsa uppdraget till enbart ej kostnadsdrivande förslag, bör ge TLV i uppdrag att utifrån sin slutrapport om stärkt tillgång till läkemedel för sällsynta hälsotillstånd återkomma med konkreta förslag för ökad tillgång till särsläkemedel, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att utifrån vaccinationsutredningen och Vårdansvarskommitténs slutbetänkande avseende vaccinationer återkomma med konkreta förslag om fler vaccinationer i det nationella vaccinationsprogrammet samt mer jämlik tillgång i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att återkomma med konkreta förslag på hur hälso- och sjukvårdens arbete med minskad klimatpåverkan kan stärkas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återkomma med konkreta förslag på hur Folkhälsomyndighetens arbete mot ökad antibiotikaresistens kan stärkas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ges i uppdrag att tillsätta en utredning för ett statligt samordnat arbete för hälso- och sjukvårdens klimatomställning och arbete med minskad miljöpåverkan och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med konkreta förslag för miljöklassificering av läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med konkreta förslag för implementering utifrån TLV:s förslag till miljöpremier i förmånssystemet och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att tillsätta en nationell samordnare för sällsynta hälsotillstånd och tillkännager detta för regeringen.

44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge regeringen i uppdrag att ta fram en nationell strategi för hjärt-kärlsjukdomar och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Den svenska hälso- och sjukvården står idag inför stora utmaningar. Underfinansiering, personalbrist och en pressad arbetsmiljö riskerar att slita ut de medarbetare som varje dag gör sitt yttersta för vår hälsa. Denna underfinansiering gör det svårt för sjukvården att möta framtidens behov, utveckla kvalitet och effektivitet samt ställa om till en god och nära vård – där en stark primärvård utgör navet och patienter kan känna trygghet i en fast och kontinuerlig vårdkontakt.

Situationen är särskilt svår i Sveriges mer glest befolkade regioner. Med stora avstånd, allt färre invånare, en åldrande befolkning och lägre medianinkomster än riksgenomsnittet råder det idag stor brist på både resurser och kvalificerad arbetskraft.

Men även om mer resurser, fler medarbetare och en god och hållbar arbetsmiljö är helt avgörande för den svenska hälso- och sjukvården, så räcker det inte. Vi blir äldre och lever längre – tack och lov. Samtidigt minskar andelen av Sveriges befolkning i arbetsför ålder. Blickar vi mot 2030 och förutsätter att vi inte bara ska kunna ersätta pensionsavgångarna inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, utan också täcka de växande behoven i takt med att befolkningen blir äldre – då blir det en omöjlig ekvation.

För att möta denna utveckling behöver vi fokusera mer på att människor ska må bättre och leva längre. God hälsa bygger på mer än den vård som ges vid sjukdom – den förutsätter ett starkt folkhälsoarbete som genomsyrar hela samhället och skapar goda levnadsvanor och ett hälsofrämjande samhälle. Därför anser vi att det är nödvändigt att införa en folkhälsolag.

Jämlika och hållbara samhällen – såväl miljömässigt som socialt – bidrar till en bättre hälsa för befolkningen. Hållbar stadsplanering som minskar buller och hälsoskadlig luft och förbättrar förutsättningarna för hållbart resande bidrar till en hälsosammare och trivsammare miljö, som dessutom främjar rörelserikedom. När vi värnar och satsar på grönytor bidrar det till en trivsammare miljö och renare luft samt lindrar effekterna av extremväder såsom skyfall och värmeböljor. Grönytor har också en positiv effekt på invånarnas psykiska hälsa.

Jämlika samhällen bidrar också till en bättre hälsa genom god tillgång till kultur, fritid, idrott och rekreation. Att verka för jämlika samhällen med blandade boendeformer och en god välfärd i hela samhället – där invånare från olika bakgrunder möts, bor, studerar och verkar – bidrar till att minska risken för utanförskap. Det i sin tur bidrar till att bryta socioekonomiska hälsomönster.

I den svenska hälso- och sjukvården har stat, region och kommun olika roller och ansvarsområden, där huvudansvaret ligger på regionerna. Samspelet mellan de olika offentliga nivåerna behöver fungera och det måste finnas en tillit till regionernas förmåga att leda och styra sjukvården. Alltför omfattande detaljstyrning från statlig nivå leder inte till bättre vård utan snarare till mer spretig styrning och ökad administrativ börda. Ett förstatligande av sjukvården – och därmed en gigantisk omorganisation – är inte lösningen på sjukvårdens utmaningar, vilket Vårdansvarskommitténs slutsatser tydligt visade.

Sjukvården måste i stället bli bättre på att ta tillvara de personella resurser som finns. Det krävs mer tillit till personalen och deras kompetens. Vi behöver ta tillvara på deras erfarenheter och göra dem delaktiga i utvecklingen av såväl bättre arbetsmiljöer som nya arbetssätt för ökad kvalitet och effektivitet inom den svenska hälso- och sjukvården.

Primärvårdens utmaningar och omställningen till en god och nära vård

Vi vet sedan länge att svenska läkare i betydligt lägre grad än i övriga Europa har tid för att träffa sina patienter. Det var tydligt redan i utredningen ”Effektiv vård” (SOU 2016:2), som helt korrekt lade grunden för omställningen till en god och nära vård och den efterföljande primärvårdsreformen. Där skulle primärvården utgöra navet i den svenska sjukvården och en fast läkarkontakt säkerställa kontinuiteten, göra oss patienter tryggare och göra vården mer effektiv.

Men i rapporten ”Omtag för omställning” från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstateras att inget av omställningens mål har uppnåtts, trots att omställningen mot en god och nära vård är en central reform för utvecklingen och förbättringen av den svenska hälso- och sjukvården. Rapporten bedömer att den uteblivna måluppfyllelsen i hög utsträckning beror på att verksamheterna inte har fått förbättrade ekonomiska eller personella resurser. Detta gäller i synnerhet inom primärvården, trots att den är tänkt att vara navet i vården.

Underfinansieringen av den svenska hälso- och sjukvården har försämrat förutsättningarna för regionerna att genomföra omställningen mot en god och nära vård och den förändring där primärvården lyfts och blir det nav som den var avsedd att vara. Enligt rapporten har resurserna till primärvården endast ökat marginellt, och kompetensförsörjningen har inte heller förbättrats. Tillgången till allmänläkare och distriktssköterskor har minskat, trots att det skulle behövas en betydande ökning.

I en annan rapport, Socialstyrelsens delredovisning 'Uppföljning av omställning till en god och nära vård' konstateras samma sak: "Grundläggande förutsättningar kring resurser och kompetensförsörjning har inte stärkts i den utsträckning som krävs för att genomföra omställningen". De ekonomiska och personella resurserna för att göra primärvården till nav behöver öka. Utöver det konstaterar rapporten även att det råder stora regionala skillnader i landet när det gäller tillgängligheten till vården.

Det är uppenbart att det behövs betydligt större satsning på hälso- och sjukvården än vad regeringen anslår, och det behövs en särskild satsning på ett primärvårdslyft för att för att förbättra förutsättningarna för primärvården att vara det nav som det behöver vara i omställningen mot en god och nära vård. Regeringen behöver ta personalbristen inom primärvård på allvar - i synnerhet i de mer glesbefolkade regioner och samhällen där kompetensförsörjningen är särskilt svår. En utredning behöver tillsättas med särskilt fokus på kompetensförsörjning inom primärvården i hela landet.

Regeringen behöver omgående utifrån slutsatserna och rekommendationerna i ovanstående rapporter återkomma med konkreta förslag på hur primärvården kan stärkas och förutsättningarna för omställningen mot en god och nära vård kan förbättras.

I ytterligare en viktig rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Vården ur primärläkarnas perspektiv" – som dessutom ingår i en internationell jämförelse – framkommer följande: Svenska primärvårdsläkare träffar lägst antal patienter per arbetad timme, men är samtidigt bland de mest stressade jämfört med andra länder. Bristande kontinuitet är ett uppmärksammat problem i Sverige och en förklaring till att varje patientkontakt inom primärvården är längre här än i andra länder. Arbetsbelastningen och tiden som läggs på administration är de aspekter som upplevs som mest problematiska. Nästan tre av tio primärvårdsläkare i Sverige svarar att de planerar att sluta som läkare inom de närmaste tre åren på grund av den ohållbara arbetssituationen – och 35 procent uppger att de har symtom på utmattning.

Regeringen behöver utifrån denna rapport återkomma med förslag för hur arbetsbelastning och administrativt arbete kan minskas för allmänläkare så de får mer tid till att träffa patienter.

Kompetensförsörjning

Enligt SKR:s personalprognos över välfärdens kompetensförsörjning till 2033 leder demografiska förändringar och stora pensionsavgångar till enorma rekryteringsbehov som blir mycket svåra att möta. En stram migrationspolitik förvärrar dessutom situationen ytterligare. Prognosen för hälso- och sjukvården visar att rekryteringsbehovet fram till 2033 är 83 500 personer. För äldreomsorgen är behovet ännu större. Samtidigt ökar andelen personer i arbetsför ålder under samma period endast med tre procent, motsvarande 166 000 personer. Sammantaget är det en mycket utmanande situation som kräver ett samlat krafttag för att säkra kompetensförsörjningen.

Det behövs ett samlat strategiskt grepp på nationell nivå, i nära samverkan med regioner och kommuner, för att hantera den växande utmaningen med personalbrist inom vård- och omsorg. Utan en tydlig och långsiktig strategi riskerar vården att stå utan den kompetens som krävs för att möta framtida behov.

Därför behövs det en nationell handlingsplan som visar hur kompetensförsörjningen inom vård- och omsorg kan säkras både på kort och lång sikt. Dessutom behövs en nationell samordnare för kompetensförsörjning, med ett tydligt och centralt ansvar för att leda och koordinera det strategiska arbetet tillsammans med regioner och kommuner. Därigenom kan man ta ett samlat grepp om såväl utmaningarna med kompetensförsörjningen inom omsorg under LSS och SOL som inom hälso- och sjukvården.

När det gäller kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården spelar Nationella vårdkompetensrådet, som inrättades 2020 på uppdrag av den dåvarande regeringen, en viktig roll. Den 31 maj 2024 presenterade den ett förslag på en nationell plan med 25 förslag på åtgärder. Vi anser att det är angeläget att regeringen i samverkan med regionerna går vidare med dessa förslag. Dessutom spelar de regionala vårdkompetensråden en viktig roll – i samspel med det nationella vårdkompetensrådet – för att kunna fånga upp behov, utveckla och hitta nya fungerande arbetssätt. Tillsammans har de en nyckelroll för den långsiktiga bemanningen inom hälso- och sjukvården i Sverige, inklusive utbildningsbehov. Det är därför angeläget att de regionala vårdkompetensråden får förstärkta resurser och förutsättningar för sitt arbete.

Kritiska sjukvårdskompetenser i glest befolkade kommuner och regioner

Glesbygdskommuner och glest befolkade regioner står inför stora utmaningar när det gäller att rekrytera personal som är nödvändig för att kunna säkerställa kritiska sjukvårdskompetenser.

Allmänläkare, distriktssköterskor, psykologer inom sjukvården, vårdpersonal inom äldreomsorgen – listan kan göras lång över de samhällsviktiga funktioner där det råder akut kompetensbrist i glesbygdskommuner och regioner. Demografiska förändringar med en minskande och åldrande befolkning, i kombination med socioekonomiska strukturer, gör att vissa regioner och kommuner är i en särskilt svår situation.

Det finns stora skillnader i tillgången till specialiserade allmänläkare, där exempelvis Västernorrland, Dalarna, Värmland och Norrbotten har lägst andel specialiserade allmänläkare per 100 000 invånare. Och det är inte bara tillgången till allmänläkare som varierar, utan även tillgången till psykologer inom primärvården. Region Uppsala hade flest psykologer inom primärvården med 49 per 100 000 invånare, medan Västernorrland endast hade 10, enligt Socialstyrelsens rapport ”Personalstatistik inom primärvården” med särskilt fokus på psykologer.

För att möta denna rekryteringsutmaning behöver regeringen ta ett särskilt strategiskt grepp, med konkreta åtgärder både på kort och lång sikt. I vårt förslag på ett strategiskt arbete för kompetensförsörjning – med en nationell samordnare och en nationell handlingsplan – anser vi att särskilt fokus ska läggas på hur vi säkerställer kompetensförsörjningen i hela landet.

Regeringen bör därför tillsätta en utredning som identifierar kritiska samhällsfunktioner inom offentlig sektor och bristyrken inom dessa i glesbygdskommuner och regioner. Utredningen behöver också återkomma med konkreta åtgärder på kort och lång sikt, göra internationella jämförelser för att lära av andra länders erfarenheter och identifiera ekonomiska stödinsatser som kan öka dragningskraften för dessa yrken inom kritiska samhällsfunktioner.

Migration som resurs för svensk hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård står inför mycket stora utmaningar i kompetensförsörjningen. Redan i dag är bristen på vårdpersonal omfattande, och i vissa regioner hotar den möjligheten att upprätthålla vård på lika villkor. I detta läge är migration en resurs som Sverige inte har råd att bortse ifrån.

En mycket stor andel av vårdens personal är födda i andra länder. Bland läkarna är ungefär en tredjedel utlandsfödda, och bland tandläkarna är nästan varannan född i ett

annat land. Även bland sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden är andelen utlandsfödda hög.

När Sverige 2015–2016 tog emot många människor på flykt, innebar det också att nya kompetenser tillfördes samhället. Många nyanlända kom att utbilda sig och sedan arbeta inom vård- och omsorg, där det fanns ett stort behov av personal. När coronapandemin kom 2020 så kom situationen för sjukvården och äldreomsorgen att bli mycket hårt ansträngd. För många kommuner och regioner kom de nya vårdanställda som kommit hit under de föregående åren att vara ytterst värdefulla för att klara den svåra situationen under pandemin.

De demografiska förutsättningarna gör att denna utveckling kommer att bli ännu mer påtaglig framåt. Sverige har en åldrande befolkning, en relativt låg nativitet och stora geografiska avstånd i delar av landet. Det innebär att kompetensförsörjningen inom vården kommer att bli en av de största samhällsutmaningarna fram till 2030. I vissa regioner i norr, där befolkningen minskar och medianinkomsten är låg, är situationen redan nu akut. Där är det helt avgörande att människor som flyttar till Sverige också får möjlighet att snabbt använda sin kompetens.

Trots detta har regeringen lagt en migrationspolitik som i praktiken försvårar för vården. Höjda och orimliga försörjningskrav, retroaktivt avskaffande av spårbytet och en i övrigt allt mer restriktiv migrationspolitik gör det svårare att rekrytera och behålla den kompetens vården behöver. Det är särskilt allvarligt i glesbefolkade regioner där personalbristen är störst.

Vi anser att regeringen omedelbart behöver utreda konsekvenserna av den restriktiva migrationspolitik som regeringen bedrivit för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvård i hela landet.

Vi anser att migration måste ses som en strategisk resurs för svensk hälso- och sjukvård. Därför behövs en politik som gör det möjligt för fler vårdutbildade att komma till Sverige, få sin kompetens validerad och så snart som möjligt kunna bidra i vården.

Utbildningsinsatser och kompetensutveckling

För att möta framtidens behov krävs fler utbildningsplatser för läkare, sjuksköterskor, psykologer och tandläkare – men också bättre möjligheter till fortbildning och specialistutbildning för alla vårdyrken. I Nationella Vårdkompetensrådets förslag till nationell plan är det därför glädjande att över hälften av dess 25 konkreta förslag rör utbildning, fortbildning, kompetensutveckling, forskning, samt kvalitetsutveckling av utbildningsinsatser. Därför är det ytterst angeläget att regeringen i samverkan med

universitet, lärosäten, regioner och kommuner genomför de föreslagna åtgärderna. Men för det behöver även resurserna för utbildning, fortbildning, kompetensutveckling och forskning stärkas.

Det är nödvändigt med en nära samverkan mellan lärosäten och regioner för att långsiktigt säkra tillgången på kompetens.Handledning av studenter måste ges hög prioritet och rätt förutsättningar, eftersom den är avgörande för kvaliteten i utbildningarna.

Regioner och kommuner behöver dessutom ta ett tydligare ansvar för personalens fortbildning - det får aldrig användas som budgetregulator.

En god arbetsmiljö är avgörande

En dålig arbetsmiljö riskerar att slita ut den sjukvårdspersonal vi har och leder tyvärr ofta till att personer som utbildat sig till olika vårdyrken i högre utsträckning väljer andra yrken än de är utbildade för. Det är därför helt avgörande att arbeta för att förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren så att de blir långsiktigt hållbara. Det är också viktigt att arbeta för en ökad delaktighet för personalen inom vården.

Det är därför helt avgörande att göra stora och långsiktiga satsningar på en god och hållbar arbetsmiljö. Men underfinansieringen av hälso- och sjukvården där ett stort antal regioner brottas med stora sparkrav, gör det nästintill omöjligt att bedriva ett långsiktigt arbete för en hållbar arbetsbelastning för vårdens medarbetare. Det mest avgörande för en långsiktigt hållbar arbetsmiljö är därför att säkra en långsiktigt hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Det är därför sektorsbidraget till hälso- och sjukvård och ökade anslag i generella stadsbidrag till regioner är så viktiga. För då ges ekonomiska förutsättningar för hälso- och sjukvården att kunna anställa fler medarbetare för att avlasta den befintliga vårdpersonalen. Men också att satsa på kvalitetsutveckling och nya arbetsmodeller som gör arbetsmiljön mer hållbar, såväl som nya arbetssätt och tekniska lösningar vården mer effektiv.

Återhämtningsbonusen visade, trots sin begränsning i tid och omfattning, på positiva resultat. Utifrån erfarenheterna av återhämtningsbonusprojektet finns nu goda förutsättningar att växla upp och göra en mer långsiktig satsning för en god och hållbar miljö. Därför vill vi att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och återkomma med ett förslag på en långsiktig satsning för god och långsiktigt hållbar arbetsmiljö för personal inom vård och omsorg. Där arbetsmodeller och tekniska eller digitala lösningar för att minska arbetsbelastning kan testas och utvärderas, i samverkan

med regioner, kommuner, där vårdpersonalen är delaktig och de högre lärosätenas tillgång till forskning och empiri nyttjas.

Mer tillit till vårdpersonalen – mindre central administration

Svensk hälso- och sjukvård rymmer en mängd olika yrkeskategorier – läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, dietister och många fler. Det som nästan alla dessa har gemensamt är en flerårig eftergymnasial utbildning med arbetsförlagd praktik, som ger dem de bästa förutsättningarna att utföra sitt arbete och ta hand om oss patienter på bästa sätt.

Det handlar om legitimerad och kvalificerad personal, med ett tydligt bevis på att de vet vad de gör. Men trots detta – och trots att vi har brist på både resurser och kvalificerad arbetskraft och därför behöver nyttja deras kompetens så effektivt som möjligt – har den centrala administrativa bördan inom svensk hälso- och sjukvård ökat över tid.

I rapporten ”Hur mår vården” från Kunskapsverket konstateras att andelen medarbetare inom central administration och chefstjänster har ökat markant, medan andelen vårdpersonal som arbetar nära läkarna, såsom sjuksköterskor och vårdadministratörer, har minskat. Varje läkare har alltså fler administrativa kollegor, men färre medarbetare i vårdfunktioner, jämfört med 2010.

Gör om, gör rätt! Ny kvalitets- och effektivitetsdelegation

Mot bakgrund av ovanstående slutsatser – att det behövs mer tillit till vårdpersonalen och att de behöver göras mer delaktiga i utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården – är det anmärkningsvärt att dessa saknas i den effektivitetsdelegation som regeringen har tillsatt. Den består i nuläget av en enda läkare, som dessutom är vd för ett stort nätläkarbolag. I övrigt består den av ekonomer, en analytiker från Vinnova samt välfärdsansvarig på Svenskt Näringsliv. De forskare som ingår i den nuvarande effektivitetsdelegationen har ett ensidigt fokus på hälsoekonomi.

Om en delegation på allvar ska kunna hjälpa regionerna att ta fram konstruktiva förslag för kvalitetsutveckling och effektivare arbetssätt behöver vårdens medarbetare finnas med. Representer för olika vårddyrken kan bidra med kompetens och direkt erfarenhet från vården. Forskningens roll bör också tas tillvara, men utifrån ett bredare sjukvårdsperspektiv än enbart hälsoekonomi. Dessutom kan patientorganisationer vara

en stark tillgång – deras erfarenheter och förbättringsförslag är värdefulla för kvalitetsutvecklingen av svensk hälso- och sjukvård.

Vi uppmanar därför regeringen att göra om och göra rätt: skrota den nuvarande konstellationen och skapa en ny långsiktig kvalitets- och effektivitetsdelegation där sjukvårdspersonal, forskare och patientföreträdare ingår.

Ökad förskrivningsrätt och ansvar för fler yrkesgrupper

Sjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer och andra legitimerade yrkeskategorier bör få ett större ansvar i vården. Att bredda förskrivningsrätten och ge fysioterapeuter och psykologer rätt att skriva sjukintyg vid relevanta diagnoser kan både avlasta läkarna och bättre ta tillvara kompetensen i vården.

Psykologers roll vid tvångsvårdsbeslut bör därför utredas, för att både avlasta läkarna och säkerställa att beslut grundas på bredast möjliga kompetens. Undersköterskan är en av vårdens viktigaste resurser – det måste synas i både ansvar och villkor. För att stärka undersköterskans roll behövs en nationell strategi.

Teamarbete och breddad kompetensanvändning

En mer tillgänglig och hållbar primärvård kräver att fler yrkeskategorier involveras i det dagliga arbetet – exempelvis dietister, logopeder och psykologer. När primärvården organiseras i multiprofessionella team stärks både helhetsperspektivet och effektiviteten.

Patienter ska i större utsträckning kunna möta den yrkeskategori som bäst motsvarar deras behov – till exempel direktbesök hos psykolog eller specialistsjuksköterska, utan krav på läkarremiss.

Avskaffa den nationellt påtvingade etableringsrätten inom primärvården

Regionerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården i sin region. Där ingår organiseringen av primärvården, som är ett viktigt nav och en grundbult i omställningen mot en god och nära vård. Vårdvalet – att som patient kunna välja utförare och byta om man inte är nöjd med den vård man får – är också en viktig del i att utveckla primärvården för invånarna.

Men när det gäller privata utförare inom primärvården bakbinds regionerna. Privata aktörer får enligt den nationellt lagstadgade etableringsrätten etablera sig var och när de vill. Detta har skapat en obalans: i vissa storstadsområden råder stor konkurrens mellan

många vårdcentraler, medan stora delar av landet med gles befolkning saknar privata utförare. Även i socioekonomiskt utsatta områden etableras privata aktörer i betydligt mindre utsträckning.

Denna obalans är inte hållbar. För regionerna försvårar den arbetet med att styra vården efter invånarnas behov. Vi har skapat en vårdmarknad som inte har sitt primära fokus på vård efter behov. I en situation där det redan råder kompetensbrist inom viktiga funktioner i primärvården förvärras läget ännu mer av den fria etableringsrätten.

Dessutom leder denna vårdmarknad till en markant ökning av central administration för regionerna: experter inom offentlig upphandling, jurister, kontrollfunktioner och administration för koordinering av alla utförare. I takt med att välfärds kriminaliteten växer ökar också risken för privata utförare med kopplingar till kriminella nätverk. Om regeringen blint står fast vid den fria etableringsrätten och den vårdmarknad som byggts upp finns bara ett sätt att begränsa risken för att regionernas resurser och patienternas vårdinformation hamnar i fel händer: mer kontroll, vilket ytterligare ökar de centrala administrativa kostnaderna.

Vi ser det därför som angeläget att den nationellt påtvingade etableringsrätten avskaffas.

Privata nätläkare och behovet av reglering för en jämlik digital vård

Digital vård har stor potential att stärka tillgänglighet och avlasta vården – men dagens ordning med privata nätläkare har lett till växande problem. Enligt utvärderingar från bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Konkurrensverket används digitala läkarbesök ofta för lindriga åkommor, samtidigt som kostnaden vältras över på regionerna genom den så kallade utomlänsersättningen. Detta innebär att resurser styrs bort från patienter med större och mer sammansatta vårdbehov.

Digitala vårdkontakter är idag en etablerad del av svensk hälso- och sjukvård, men utvecklingen har skett snabbare än lagstiftning och styrning. Enligt Ds 2023:27 "Effektiv och behovsbaserad digital vård" behöver digital vård integreras bättre i den ordinarie primärvårdsstrukturen, med tydliga krav på kontinuitet och uppföljningsansvar. Promemorian visar att nuvarande ersättningssystem riskerar att driva fram vårdkonsumtion som inte alltid motsvarar medicinskt behov.

Digital vård ska vara ett verktyg för behovsstyrning och jämlik tillgång, inte en parallell marknad. För att uppnå detta krävs att staten fastställer gemensamma principer för ersättning och ansvar, medan regionerna – gärna i samarbete med SKR – ges uppdraget att ta fram en nationell modell för digital vård som är rättvis, integrerad och

långsiktigt hållbar. Vi vill se en utveckling av den digitala vården med ett nationellt system för nätläkare.

Jämställdhet i vården

Trots att jämställd vård är ett nationellt mål kvarstår stora skillnader i mäns och kvinnors tillgång till vård. Det handlar om allt från väntetider och resurser till vilken behandling patienter får. Forskning visar att kvinnor i lägre utsträckning än män får rätt vård vid hjärtinfarkt. Kvinnors symptom kan se annorlunda ut, vilket gör att de oftare skickas hem medan männen blir inlagda. Kostnaden för en mans hjärtinfarkt är i genomsnitt 40 procent högre än för en kvinna. Vid stroke är män mer benägna att få vård på en strokeenhet, trots att dödligheten i stroke är högre bland äldre kvinnor. Dessutom introduceras nya och kostsamma medicinska teknologier och läkemedel oftare på män än på kvinnor.

Även bemötandet i vården präglas av könsstereotypa föreställningar. Kvinnor ordineras oftare psykofarmaka och livsstilsråd, medan män i högre utsträckning får laboratorieprov och röntgenundersökningar. Sammantaget bidrar detta till en ojämsälld vård som riskerar att förstärka hälsoskillnaderna mellan kvinnor och män.

Kvinnosjukvården måste prioriteras

Kvinnosjukvården har länge varit underprioriterad. Ett tydligt exempel är endometrios, en sjukdom som beräknas drabba omkring tio procent av alla kvinnor i fertil ålder. Trots det tar det i genomsnitt sju till åtta år innan en korrekt diagnos ställs. Kunskapen är fortfarande låg och patienters symptom tas ofta inte på allvar.

Vi anser därför att ett nationellt kvalitetsregister för endometrios bör inrättas. Det finns också behov av ett kvalitetsregister för abortvård, inte minst eftersom abortvården förväntas förändras framöver. Parallellt behöver forskningen om kvinnosjukdomar stärkas, med särskilt fokus på endometrios, PMS och klimakteriebesvär.

En trygg förlossningsvård i hela landet

Förlossningsvården är en central del av kvinnors hälsa och måste garanteras i hela landet. En trygg graviditet och en positiv förlossningsupplevelse påverkar både barn och förälder för resten av livet. Därför är det avgörande att den födande själv får inflytande över vården och vem som ska närvara vid förlossningen.

Vi vill se en stärkt förlossningsvård med fler utbildningsplatser på barnmorskeprogrammet, bättre förutsättningar för barnmorskeforskning samt ökad kontinuitet i vården före, under och efter förlossningen. Hemvård och hembesök bör erbjudas när det är medicinskt säkert, för att säkra en god eftervård och stöd till både barn och förälder.

Kunskapen om förlossningsskador måste också öka och få en tydligare plats i vården. Det är hög tid att förlossningsvården prioriteras som den centrala fråga den är.

Viktiga steg – men mer behöver göras

Vissa viktiga steg har redan tagits. Avgiftsfri mammografi har införts, liksom avgiftsfria preventivmedel för kvinnor under 21 år. Nationella riktlinjer för endometrios har tagits fram och betydande satsningar har gjorts på förlossningsvården samt på psykiatri och psykisk hälsa.

Dessa reformer har lagt en grund, men arbetet måste fortsätta. För att uppnå verklig jämställdhet i vården krävs fortsatt fokus på kvinnosjukvården, på konsuppdelad uppföljning och på en vård som ser till både kvinnors och mäns olika behov. Jämställd vård är inte en bonus – det är en självklar rättighet som måste säkras i hela landet.

Jämlik vård

Vården ska vara jämlik och lika tillgänglig för alla. Här finns ett särskilt behov av att hälso- och sjukvården stärker sitt likarättsarbete.

Trots att tillgänglighet är en grundläggande rättighet möter personer med funktionsvariationer fortfarande hinder i vården. För att säkerställa jämlik vård i hela landet måste vården vara tillgänglig för alla, både fysiskt, digitalt och i bemötandet. Vi anser därför att regeringen uppdrar åt regioner att säkerställa att vårdens lokaler och digitala plattformar följer tillgänglighetsstandarder, att vårdpersonal ges utbildning i bemötande av personer med funktionsvariationer samt att patientens delaktighet alltid omfattar tillgängliga kommunikationsformer, såsom lättläst material, teckenspråk och alternativa kommunikationssätt.

HBQI-personer möter fortfarande diskriminering och bristande bemötande i vården, vilket leder till ojämlik hälsa och till att många drar sig för att söka vård. Även om regeringen har en handlingsplan för HBQI-personers rättigheter och Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsstöd och utbildningsmaterial, saknas idag bindande styrning. Resultatet blir att HBQI-kompetensen varierar kraftigt mellan regioner och verksamheter.

Vi anser därför att det behövs nationella riktlinjer för HBTQI-kompetens i vården. Riktlinjerna ska tydliggöra krav på vårdpersonalens utbildning och bemötande, samt säkerställa att systematiskt arbete bedrivs för att skapa trygga och inkluderande miljöer för HBTQI-personer i hela landet.

Med nationella riktlinjer kan vi bygga vidare på det arbete som redan görs, men också säkerställa att jämlik vård blir en realitet.

Cancervård och screening

Antalet cancerpatienter förväntas öka kraftigt under de kommande decennierna. Det beror både på en åldrande befolkning och på att fler lever längre med cancer tack vare bättre behandlingsmetoder.

Denna utveckling ställer stora krav på vården – inte bara för att klara diagnostik och behandling, utan också för att kunna erbjuda rehabilitering och palliativ vård av hög kvalitet.

Screening – tidig upptäckt räddar liv

Förutsättningarna att bota cancer ökar avsevärt när den upptäcks i ett tidigt skede. Därför måste screeningprogrammen utvecklas och fler behöver delta. Det krävs enklare, mer precisa och mindre smärtsamma metoder för provtagning, och riktade insatser för att nå de grupper som idag deltar i lägre utsträckning. För att stärka den tidiga upptäckten vill vi på kort sikt öka utbildningsinsatserna inom primärvården.

Nivåstrukturering och högkvalitativ vård / En mer specialiserad och jämlik cancervård

För att säkerställa hög kvalitet i cancervården behövs en tydligare nivåstrukturering. Det är avgörande att opererande team har tillräcklig erfarenhet för att genomföra avancerade ingrepp med bästa möjliga resultat. Nationella kvalitetsregister bör användas för att jämföra vårdens resultat och ligga till grund för beslut om vilka enheter som ska utföra olika behandlingar.

När vården samlas och specialiseras blir det också lättare att införa nya och avancerade läkemedel och behandlingar, som ofta är dyra och kräver stor kunskap. Vi vill se fler kliniska studier i Sverige och ökade statliga anslag för att möta de växande kostnaderna i cancervården.

En sammanhållen vårdkedja

När cancervården blir allt mer specialiserad ökar också behovet av att samordna vården runt varje patient. Kontaktsjuksköterskor har visat sig vara ett ovärderligt stöd och behöver byggas ut – både inom cancervården och på fler vårdområden.

Kompetensen inom cancervården måste stärkas genom hela vårdprocessen – från förebyggande insatser till rehabilitering och palliativ vård. Vi vill också se att cancervården samlas till färre specialistsjukhus än i dag, för att säkerställa hög kompetens och trygga, sammanhållna vårdkedjor. Kunskap och resurser måste samlas där de gör störst skillnad – för patientens bästa.

Standardiserade vårdförlopp och jämlik vård

De regionala cancercentrumen (RCC) har inneburit ett stort steg framåt för cancervården. Genom införandet av standardiserade vårdförlopp har patienter snabbare kunnat få rätt insatser. Standardiserade vårdförlopp ger trygghet för patienten och effektivitet för vården. Det här arbetssättet är mycket viktigt och bör utvecklas vidare – inte bara inom cancervården utan också för andra sjukdomar.

En cancervård med välfungerande vårdkedjor och god logistik är avgörande för att vården ska vara jämlik och tillgänglig i hela landet. Målet måste vara tydligt: färre ska insjukna, fler ska överleva och alla patienter ska mötas med professionalitet och respekt.

Nationell strategi för hjärt- och kärlsjukdomar

I Sverige lever 2,2 miljoner invånare med hjärt- och kärlsjukdomar, och är den vanligaste dödsorsaken i landet och orsakar nära en tredjedel av alla dödsfall. Här behövs ett samlat strategiskt arbete som innefattar det förebyggande arbetet för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom, primärvårdens arbete för tidig upptäckt och behandling, den specialiserade vården inom hjärt- och kärlsjukdomar såväl som forskning inom området.

Vi yrkar därför på att regeringen ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för hjärt- och kärlsjukdomar.

Nationell högspecialiserad vård (NHV)

Den högspecialiserade vården är ett draglok i utvecklingen av vården, men den behöver bli mer centrerad än i dag. Vårdområdet bör i vissa fall vara så stort som hela landet –

och i enstaka fall även involvera våra grannländer. Utvecklingen av den högspecialiserade vården sker ofta i samverkan mellan akademien, vården och näringslivet.

Att koncentrera sällanvård till större enheter och samtidigt bygga ut den dagliga vården nära patienten är nycklar till både kvalitet och ekonomisk hållbarhet. Innovationsupphandlingar kan vara ett sätt att utveckla och stärka vården.

Placeringen av högspecialiserad vård och universitetssjukvård ska ske utifrån ett nationellt perspektiv, med fokus på högsta möjliga patientsäkerhet och kvalitet. Eftersom övning ger färdighet behövs en tydligare nivåstrukturering av vården i landet – ett arbete som bör ske i samverkan mellan regionerna.

Samtidigt behöver arbetet med mätbara indikatorer för effekterna av den högspecialiserade vården (NHV) förbättras, liksom analysen av systemkonsekvenserna. Hela vårdkedjan måste fungera som ett samspel – från patient och primärnivå, oavsett var i landet, till den högspecialiserade enheten och tillbaka.

Närståendes roll i vården

När en person blir sjuk drabbas inte bara den enskilde utan även de närstående. Anhöriga kan lämnas ensamma med sin oro, sin sorg och sina praktiska utmaningar om de inte aktivt involveras i vården. Det gäller särskilt när en närstående är svårt sjuk, döende eller drabbas av en livsförändrande skada. Barn som anhöriga får aldrig glömmas bort – deras behov måste alltid uppmärksammas. Barn som har en svårt sjuk förälder löper en särskilt stor risk att hamna i en utsatt situation och behöver därför alltid erbjudas det stöd de behöver.

Trots detta frågas närstående sällan om de behöver stöd eller vilken roll de kan och vill spela i vården. Det måste förändras. Ingen ska behöva stå ensam när en närstående blir sjuk. Närståendes egna behov ska ses och tas på allvar, och stöd ska alltid kunna erbjudas – praktiskt, socialt och psykologiskt.

Närstående som resurs i vården

Närstående ska inte bara betraktas som mottagare av stöd, utan också som en viktig resurs för vården. Att se och involvera de närstående stärker både vården och patientens trygghet. Erfarenheterna under coronapandemin visade tydligt vilken skillnad anhörigas närvaro kan göra – både genom att bidra med kunskap om patienten och genom att stärka patientens välmående och återhämtning.

Stärkta förutsättningar för patientorganisationer

Patientorganisationer fyller en mycket viktig roll, både för patienter och för hälso- och sjukvården. Genom att patientgrupper kan samlas, utbyta erfarenheter, stärka varandra samt erbjuda utbildning och gemenskap är de också viktiga för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Deras vårderfarenheter, kunskaper och erfarenheter av respektive sjukdomstillstånd och diagnos gör att de kan ge sjukvården värdefull återkoppling. De är även viktiga samhällsaktörer som kan bidra till förändring och utveckling av den svenska hälso- och sjukvården.

Men för att de ska ha en rimlig chans att kunna utföra sitt viktiga arbete behöver deras ekonomiska förutsättningar stärkas. Därför föreslår Miljöpartiet att anslaget för bidrag till patientorganisationer höjs.

SMER och regionala etiska råd

Den medicintekniska utvecklingen och de snabba framstegen inom läkemedel och behandlingar ger nya möjligheter för vården, men också nya utmaningar. Vården ställs allt oftare inför svåra prioriteringsbeslut: vilka behandlingar som ska införas, för vilka patienter och till vilken kostnad. När sådana beslut enbart grundas på ekonomi eller tillfälliga administrativa riktlinjer riskerar de att stå i strid med de etiska principer som hälso- och sjukvården ska bygga på, människors lika värde, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

För att stärka förtroendet och säkerställa att prioriteringar görs på ett transparent och professionellt sätt anser vi att regionala etiska råd kan vara ett bra stöd. Dessa råd bör i första hand bestå av vårdens professioner – läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier – men även kompletteras med externa kompetenser inom etik, juridik och patientorganisationer.

De etiska råden ska samtidigt ha en tydlig koppling till ett Statens medicin-etiska råd SMER, så att prioriteringsprinciperna tolkas och tillämpas på ett enhetligt sätt i hela landet. På så sätt kan vi motverka att olika regioner fattar skilda beslut i liknande situationer, och därmed skapa förutsättningar för en mer likvärdig vård oavsett var i landet patienten bor.

Etiska råd kan därmed ge vägledning i frågor om nya behandlingar, resursfördelning och medicintekniska innovationer – och säkerställa att vårdens etiska grundprinciper får verkligt genomslag i praktiken.

Läkemedel och vaccination

Det sker en ständig utveckling av nya läkemedel som gör det möjligt att behandla sjukdomstillstånd som tidigare inte gick att behandla eller som krävde omfattande sjukvård. Genom forskning och framsteg tas också nya behandlingsmetoder fram, där kliniska läkemedelsbehandlingar kan göra avgörande skillnad för patientens hälsotillstånd och där särlekemedel kan spela en livsavgörande roll för patienter med sällsynta diagnoser.

Det svenska läkemedelssystemet är inte anpassat för denna snabba utveckling och är i behov av förändring. De utredningar som hittills gjorts har inte givits tillräckliga förutsättningar att se över och återkomma med förslag som på allvar kan utveckla och förbättra det svenska läkemedelssystemet. Den största bromsklossen är att varje sådan utredning förlagts med krav om att utredningens förslag inte får vara kostnadsdrivande.

Sänkt högkostnadsskydd för läkemedel

I våras beslutade en majoritet i riksdagen om att höja högkostnadsskyddet för läkemedel. Miljöpartiet röstade emot, eftersom höjningen får ekonomiska konsekvenser framför allt för människor med ett kontinuerligt behov av läkemedel – däribland äldre, sjukskrivna, personer med funktionsnedsättningar och andra diagnoser. Dessa grupper befinner sig dessutom ofta i en mer utsatt ekonomisk situation.

I vår motion (2024/25:3380) beskriver vi riskerna för både ekonomiska och hälsomässiga konsekvenser av att genomföra denna höjning. Vi yrkar därför på att högkostnadsskyddet för läkemedel sänks tillbaka till de nivåer som gällde tidigare.

Ökad tillgång till särlekemedel för sällsynta diagnoser

Utvecklingen av särlekemedel går i snabb takt och ger en unik möjlighet till behandling av sällsynta diagnoser som kan göra en livsavgörande skillnad för individer med diagnosen. Men det nuvarande bedömningssystemet för vilka läkemedel som ska godkännas och ingå i förmånssystemet är inte utformat för att kunna hantera denna snabba utveckling av specifika läkemedelsbehandlingar (klinikläkemedel såväl som receptläkemedel), där få individer i Sverige i kombination med tydliga krav på samhällsekonomisk bedömning sätter käppar i hjulet.

Konsekvensen är att vi gång på gång får läsa om människor som tvingas resa utomlands för att få tag på livsnödvändiga läkemedel – något som är helt oacceptabelt. För patienter med sällsynta diagnoser och ett omfattande behov av regelbunden

sjukvård kan nya läkemedelsbehandlingar inte bara vara livsavgörande utan också minska behovet av vård på sikt.

Förväntan var stor när regeringen 2022 gav TLV i uppdrag att analysera och föreslå hur patienternas tillgång till läkemedel för behandling av sällsynta sjukdomar kan stärkas. I början av 2025 släppte TLV sin slutrapport, och vi instämmer i den kritik som framförts av såväl patientorganisationer som läkemedelsbranschen. Förslagen som lagts fram kommer tyvärr att ha begränsad effekt, och Sverige riskerar att fortsatt vara ett land där läkemedel som är godkända inom EU inte når patienterna.

Den största bristen är att TLV:s arbete har bakbundits av ett strikt kostnadstak – utredningen fick inte föreslå åtgärder som leder till ökade kostnader. Resultatet blir tandlösa förslag som inte möter behoven.

Vi yrkar därför på att regeringen ger TLV i uppdrag att skyndsamt återkomma med konkreta förslag för att stärka tillgången till läkemedel för sällsynta sjukdomar – och att arbetet inte begränsas av ett kostnadstak utan i stället redovisar de förväntade kostnaderna tillsammans med nyttan för patienterna.

Stärkt statligt ansvar för vaccinationer

Vaccinationer är en grundpelare i förebyggande sjukvård med potential både att minska lidande och kostnader för vård och omsorg, särskilt för äldre, kroniskt sjuka och multisjuka. Flera statliga utredningar – särskilt Vaccinationsprogramsutredningen (”Ett samordnat vaccinationsarbete”, SOU 2024:2) och Vårdansvarskommittén (Ansvaret för hälso- och sjukvården, SOU 2025:62) – pekar entydigt på behov av starkare statligt ansvar, bättre nationell samordning och större jämlikhet i tillgång till vaccinationer.

De senaste statliga utredningarna om vaccinationer är tydliga i deras slutsatser med att staten behöver ta ett tydligare och mer sammanhållet ansvar för vaccinationer.

Vaccinationsprogramsutredningen framhåller att införandet av nya vacciner måste bli snabbare och mer förutsägbart, att datainsamlingen behöver vara komplett och aktuell, och att rapporteringen till vaccinationsregistret ska fungera likvärdigt över hela landet.

Vårdansvarskommittén tydliggör samtidigt att dagens ordning skapar regionala skillnader i tillgång och avgifter, vilket leder till ojämlikhet och sämre folkhälsa. När vissa vaccin bara erbjuds i vissa regioner – eller till höga egenkostnader – får individens postnummer avgöra skyddet snarare än medicinska behov och samhällsnytta.

Sammantaget visar kunskapsläget att ett stärkt nationellt ansvar för beslut, finansiering och uppföljning av vaccinationer kan ge högre och mer jämlik täckning, snabbare introduktion av nya vacciner och bättre krisberedskap.

Vi yrkar därför på att regeringen utifrån dessa ovanstående utredningar återkommer med konkreta förslag för vilka fler vaccinationer som ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet, hur införandet av nya vacciner kan ske snabbare och mer förutsägbart, hur datainsamlingen kan förbättras och mer likvärdig tillgång till vacciner i hela landet kan säkras.

Antibiotikaresistens – ett globalt och nationellt hälsohot

Antibiotika är ett av våra mest värdefulla läkemedel. De har gjort det möjligt att behandla allvarliga bakteriella infektioner och är en grundbult för modern sjukvård, inte minst vid cancerbehandlingar, transplantationer och operationer där infektionsrisken är hög. Men antibiotikaresistens – där bakterier utvecklar motståndskraft mot läkemedlen – hotar att omkullkasta dessa framsteg.

Antibiotikaresistens är idag ett av de största gränsöverskridande hälsohoten, både i Sverige och globalt. Samhällskostnaderna uppgår redan till mångmiljardbelopp. Om utvecklingen fortsätter riskerar vi att stå utan fungerande behandlingar för infektioner som i dag är fullt botbara.

Folkhälsomyndighetens arbete med antibiotikaresistens ur ett One-Health perspektiv är avgörande i kampen mot ökad antibiotikaresistens. Vi vill därför att regeringen ges i uppdrag att återkomma med konkreta förslag för hur Folkhälsomyndighetens förutsättningar att verka mot ökad antibiotikaresistens kan stärkas.

Förebyggande arbete och patientsäkerhet

Den bästa antibiotikan är den som inte behöver användas. Förebyggande insatser för god hälsa, bättre vårdhygien och ett starkt smittskydd är avgörande i arbetet mot antibiotikaresistens. Att minska spridningen av infektioner är också en viktig patientsäkerhetsfråga – både för den enskilde och för hälso- och sjukvården som helhet.

Alla insatser som främjar hälsa bidrar indirekt till att minska behovet av antibiotika och därmed risken för resistensutveckling. En mer tillgänglig primärvård, med möjlighet till fler återbesök, har dessutom visat sig kunna minska antibiotikaförskrivningen i flera regioner. Det är en väg vi måste fortsätta på – för att skydda antibiotikan som den livsviktiga resurs den är.

Strama – en nyckelspelare i kampen mot antibiotikaresistens

Det nationella nätverket Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) spelar en avgörande roll i arbetet. Strama visar att kunskap och samverkan är vårt starkaste vapen mot resistens. Strama arbetar både nationellt och regionalt med utbildning och information till vårdpersonal och allmänhet, och ger expertstöd i frågor som rör förskrivning, vårdhygien och smittskydd.

Vi ser Stramas arbete som helt centralt för att minska överanvändningen av antibiotika och skydda antibiotikan som ett livsviktigt läkemedel – både i dag och i framtiden.

Vårdens klimat- och miljöpåverkan

Sjukvården är en av våra viktigaste samhällssektorer – men den bidrar också till stor klimat- och miljöpåverkan. Precis som alla andra verksamheter måste vården vara en del av den globala omställningen och bidra till att vi håller oss inom de planetära gränserna. Vården måste ta steg mot klimatneutralitet och se till att den egna verksamheten inte förvärrar de hälsoproblem som klimatförändringarna skapar.

Samtidigt måste vården rustas för de nya hälsoutmaningar som följer med klimatförändringar. Vi ser att kunskap inom tropikmedicin och miljömedicin kommer att bli allt viktigare. När sjukdomspanoramat förändras måste vården vara beredd på nya hot – till exempel vektorburna infektioner – och kunna möta dem med kunskap och handlingskraft.

Vi anser att regeringen bör ta ett samordnande ansvar för att bistå hälso- och sjukvården i dess klimatomställning och arbete för minskad miljöpåverkan när det gäller forskning, kunskapsinhämtning, datainsamling och erfarenhetsutbyte såväl som investeringsstöd, ekonomiska incitament och kravställande. För ett långsiktigt framgångsrikt arbete krävs att det görs i god samverkan med SKR, regioner, vårdpersonal och vårdens aktörer i övrigt.

Fasa ut farliga kemikalier

Sjukvården använder idag ett mycket stort antal kemikalier – i desinfektionsmedel, laboratorieutrustning, diskmedel och förbrukningsmaterial. Vissa är ofarliga, men många är både hälso- och miljöfarliga. Ett systematiskt och kontinuerligt arbete för att ersätta dessa med säkrare alternativ måste vara en självklar del av alla vårdgivares miljöarbete.

Vi vill se att regeringen tar initiativ till ett nationellt samordnat arbete för att fasa ut hälso- och miljöfarliga ämnen i vården. Regionerna måste ta ansvar genom att ställa hårda krav i sina upphandlingar, så att farliga ämnen i förbrukningsmaterial, byggmaterial och utrustning försvinner ur vårdmiljöerna. Särskilt viktigt är detta vid barnkliniker – barn ska alltid vårdas i en giftfri miljö.

Läkemedel utan miljöpåverkan

Ett av vårdens största miljöproblem är utsläpp av läkemedel. När patienter använder läkemedel utsöndras rester via urin och avföring, och dessa hamnar ofta i avloppssystem och vidare ut i våra sjöar och vattendrag. Där kan de påverka fiskar, andra djurarter och i värsta fall människors hälsa. Antibiotika och antibiotikaresistenta bakterier sprids på samma sätt.

Läkemedel bör miljöklassificeras, och pharmaceuter såväl som vårdpersonal med ansvar för läkemedelshantering ska ha kunskap om klassificeringen. Det är dessutom hög tid att TLVs förslag till miljöpremie för läkemedel i läkemedelsförånsystemet går från försöksverksamhet till full implementering.

Nationell samordnare för sällsynta hälsotillstånd

Regeringen har initierat en nationell strategi för sällsynta hälsotillstånd. Nu har Socialstyrelsen överlämnat ett förslag till strategi till regeringen och mycket av innehållet är bra. Men arbetet behöver tas vidare, det behövs mer konkreta åtgärder gällande att säkerställa tillgång till vård, stöd och behandling. För att kunna förverkliga den nationella strategin och utveckla arbetet yrkar vi på att regeringen tillsätter en nationell samordnare för sällsynta hälsotillstånd.

Nils Seye Larsen (MP)

Janine Alm Ericson (MP)

Malte Tängmark Roos (MP)

Annika Hirvonen (MP)

Leila Ali Elmi (MP)