

Motion till riksdagen 2024/25:1923

av **Nooshi Dadgostar m.fl. (V)**

En bättre hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1 Förslag till riksdagsbeslut.....	3
2 Inledning.....	6
3 Säkerställ tillräckligt antal vårdplatser	6
4 Primärvård	7
4.1 Ett nationellt basuppdrag	7
4.2 Uppsökande och förebyggande arbete.....	8
4.3 Vaccinationsprogrammets utveckling.....	8
4.4 Primärvårdens uppdrag för psykisk hälsa.....	9
4.5 Förstärk primärvården i områden med större utmaningar	10
4.6 Målet om fast läkarkontakt	11
5 Högspecialiserad vård (NHV)	11
6 Rätt till jämlik vård.....	12
6.1 Stoppa privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligt finansierade vården	12
6.2 Återupprättad behovsprincip	13
7 Privata utförare inom vården	14
8 Stärkt krisberedskap	16
9 Stopp för hyrpersonal i vården	17
10 En värdig och trygg förlossningsvård.....	19
11 Psykisk ohälsa	21
11.1 Psykofarmaka	21
11.2 Förbättrad vård vid psykisk ohälsa	22
12 Välfärds kriminalitet inom hälso- och sjukvården	23
13 AI inom hälso- och sjukvården.....	24
14 Cancervården.....	25

14.1 Cancervården är fortfarande ojämlik	25
14.2 Gynekologisk cancer	26
14.3 Avgiftsfri mammografi utan övre åldersgräns.....	26
15 Dyra behandlingar och läkemedel	27
15.1 Farmaceut på distans.....	27
16 Regeringens attacker på hälso- och sjukvården.....	28
16.1 Begränsad rätt till tolktjänst.....	28
16.2 Angiverilagen	29
17 Stöd till sjukvården i Gaza	29

1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör åtgärda platsbristen genom att återkomma med förslag baserat på Socialstyrelsens rekommendationer och säkerställa att regionernas finansiering är långsiktig och stabil och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppgift att utveckla ett nationellt basuppdrag för att förtydliga vilken specialistkompetens en vårdcentral måste kunna erbjuda och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till att utveckla vårdcentralerna till att i högre grad fokusera på uppsökande och förebyggande arbete i samarbete med regionerna och kommunerna, särskilt gällande personer med låg utbildning som står långt från arbetsmarknaden samt äldre och multisjuka personer, och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillse att vaccinprogrammen utvecklas och att det införs ett högkostnadsskydd för TBE-vaccin till vuxna samt att det blir kostnadsfritt att vaccinera barn mot TBE och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att inrätta vaccinationsprogram för personer över 65 år med kostnadsfria vacciner mot pneumokocker och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att stärka primärvårdens ansvar för psykisk hälsa, inklusive uppföljning av medicinsk behandling, samt att den ska kunna erbjuda samtal och rehabilitering, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att komma med förslag på hur områden med utmaningar avseende god vård och jämlik hälsa bättre kan uppnå målen och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att säkerställa att de ekonomiska villkoren för en god vård och jämlik hälsa speglar de behov som finns i olika delar av landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att tydligare sträva mot det fastslagna målet om fast läkarkontakt och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att öka transparensen inom uppdragen med NHV samt för att följa upp och utvärdera arbetet och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att det i patientlagen och i patientsäkerhetslagen skrivs in att alla patienter har rätt till jämlik vård och att myndigheter och vårdgivare är skyldiga att organisera vården så att den utförs jämlikt, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdslagens (HSL) ställning så att patienter med störst behov prioriteras, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur företagens fria vårdval och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till att avskaffa de system som ger möjlighet till vinstjakt inom vården och tillse att aktiebolag som aktör inom sjukvården inte tillåts och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda möjligheterna att begränsa förekomsten av privata nätläkarbolag och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att införa ett nationellt lager av medicinsk utrustning och relevanta läkemedel som en del av krisberedskapen och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda behovet av lagstiftning om att regionerna ska ha pandemilager med skyddsutrustning för tre månaders förbrukning och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att samtliga privata vårdföretag med avtal från regionen enligt lag ska ingå i regionernas och statens krisberedskap och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att staten ska ha det övergripande ansvaret vid pandemier, olyckor eller andra kriser och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att stoppa hyrpersonal i vården och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör vidta åtgärder för att komplettera 1177 med barnmorskekompetens dit gravida kvinnor kan vända sig för rådgivning och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta initiativ till att utveckla olika typer av förlossningsavdelningar placerade på sjukhus med tillgång till akutavdelningar, utifrån kvinnors förväntade förlossningar och önskemål, och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör säkerställa att varje födande kvinna garanteras en barnmorska vid sin sida under hela förlossningen och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur uppföljningen av medicinering inom psykiatrin kan förbättras samt öka patientsäkerheten och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur medicinering av depression har utvecklats under en tioårsperiod samt hur medicineringen har bidragit till en bättre psykisk hälsa i befolkningen och tillkännager detta för regeringen.

27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en nationell utvärdering av hur medicinering av barn och unga med psykiska diagnoser har utvecklats över tid och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utvärdering av vilka möjligheter till nedtrappning av medicinering mot psykiska tillstånd som kan ges i regionerna och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ta fram enhetliga och förtydligade instruktioner till regionerna angående förskrivningen av psykofarmaka och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda förutsättningarna för att öka patienters tillgång till terapi genom system som inte är vinstdrivna, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att avskaffa den fria etableringsrätten och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda vilken betydelse lagen om valfrihet (LOV) haft för den ökade välfärdsbrottsligheten och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att utveckla nationella och statligt ägda AI-modeller för screening av cancer och liknande sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa implementeringen av AI inom sjukvården i hela Sverige och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om ökade insatser för jämlik cancervård och samverkan mellan de sex regionala cancercentren och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag som leder till att fler genomgår screening för gynekologisk cancer och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om att stärka vården för gynekologisk cancer och göra den jämlik över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör arbeta aktivt för jämlik mammografi även för kvinnor över 74 år för att motverka åldersdiskriminering och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda förutsättningarna för att staten ska ha ett särskilt stöd till regionerna för de behandlingsmetoder och mediciner som är extra kostsamma och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utreda hur en modell med farmaceuter på distans kan testas i Sverige och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Gazas svårt sjuka och skadade sjukvård i Sverige och tillkännager detta för regeringen.

2 Inledning

Vänsterpartiet strävar mot en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård i hela landet. Det skulle göra Sverige tryggare och till en mer värdig plats att leva på. Förutsättningarna för en jämlik vård skiljer sig åt beroende på var i landet vi är bosatta, och därför krävs ett ökat statligt inflytande över den ekonomiska fördelningen och ökade resurser till vården. Det regionala självstyret kan vara en stor tillgång i arbetet för ett regionalt anpassat förebyggande arbete, folkhälsoarbete och andra insatser med regional prägel, men det får aldrig stå i vägen för jämlikheten. Den vård du erbjuds ska inte vara beroende av din samhällsklass, ditt kön, ditt ursprung eller din geografiska hemvist.

Inom hälso- och sjukvården bedriver de anställda ett bättre och mer utförligt arbete än vad resurserna medger. Men en fungerande vård borde inte förutsätta hjältinnor och hjältar – det handlar om kvalificerade och samhällsbärande arbeten som kräver stor kompetens och bör behandlas därefter. Vänsterpartiet vill skapa den arbetsmiljö vårdpersonalen förtjänar. I Vänsterpartiets budgetmotion presenteras därför förslag på kraftigt ökade generella statsbidrag för bl.a. ökad personaltäthet, högre löner och förbättrad arbetsmiljö i hela välfärden.

Likt välfärden i stort ska hälso- och sjukvården styras efter en behovsprincip, där störst behov kommer först. Nätläkarbolagen och andra privata utförare prioriterar de friskaste patienterna, som kräver minst insats men ger hög ersättning, eftersom de är mest lönsamma. Det innebär att den offentliga vården i större utsträckning får ansvara för personer med stora och mycket stora vårdbehov, vilket är resurskrävande och påverkar den offentliga vården. Dessa aktörers utbredning inom vården har gjort vinstmöjligheterna styrande av hur vårdresurserna fördelas i stället för att låta behoven styra. Vänsterpartiet anser att den svenska hälso- och sjukvården behöver återgå till att styras med utgångspunkt från vårdbehov. De nyliberala dogmerna måste bytas ut. Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård efter behov behöver åter bli verklighet.

3 Säkerställ tillräckligt antal vårdplatser

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram förslag på hur platsbristen kan minska och därigenom också kartlagt platsbristen. I rapporten Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården, beskrivs situationen avseende tillgång till och behov av vårdplatser. Enligt Socialstyrelsens bedömning uppgick denna brist till ca 2 230 vårdplatser under 2023. Rapporten innehåller också förslag på hur såväl platsbristen som behoven av vårdplatser kan minska. Socialstyrelsen skriver att den avser att följa frågan och bedömer vidare att det går att minska både platsbrist och behov av platser i så pass stor omfattning att tillgången svarar mot behoven. Samtidigt flaggar Socialstyrelsen för att den ansträngda ekonomin försämrar de möjligheterna.¹

Vänsterpartiet anser att regeringen bör bereda Socialstyrelsens rekommendationer i syfte att minska platsbristen. Framför allt behöver regeringen tillse att det finns tillräckliga resurser för att regionerna ska kunna tillhandahålla de vårdplatser som krävs. Hittills

¹ Socialstyrelsen (2024) Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9098.pdf>).

har den misslyckats med det. Resurstilldelningen måste också vara långsiktig och följa de behov regionerna har för att de ska kunna planera och anställa för att uppfylla dessa behov. Vänsterpartiet understryker också vikten av att Socialstyrelsen fortsätter att följa frågan.

Regeringen bör åtgärda platsbristen genom att återkomma med förslag baserat på Socialstyrelsens rekommendationer och säkerställa att regionernas finansiering är långsiktig och stabil. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4 Primärvård

Under de senaste åren har stort fokus och flera politiska insatser lagts på att definiera och förtydliga hur primärvården ska bli basen inom svensk sjukvård. Vänsterpartiet ställer sig positivt till denna ambition, men för att det verkligen ska bli så och även fungera på ett tillfredsställande sätt krävs det en rad förändringar.

Om primärvården ska kunna bära detta ansvar fullt ut även när det gäller exempelvis psykisk sjukdom eller psykiatriska diagnoser krävs en fortsatt förstärkning av primärvårdens resurser. Det bör därför finnas god tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet som kan erbjuda psykologisk behandling inom primärvården. Det är även viktigt att ha tillgång till psykosocial kompetens i form av kuratorer som kan ge stöd-samtal samt sjuksköterskor och annan vårdpersonal som kan skapa möjligheter till en god vård för patienterna. Om fler får tillgång till behandling i ett tidigt skede ökar chanserna att förebygga allvarligare tillstånd.

4.1 Ett nationellt basuppdrag

Det behöver finnas en nationell struktur rörande vilken specialistkompetens och vilket vårdutbud en vårdcentral ska tillhandahålla och erbjuda samt placeringen av vårdcentraler. Med det inte sagt att det ska vara helt lika överallt; det måste finnas utrymme för lokal anpassning. Övriga regioners förutsättningar och möjligheter till samverkan, närhet till slutenvård samt tillgång till akutvård m.m. behöver också beaktas. Ett tydligare basuppdrag behövs för att säkerställa att det finns ett visst mått av likvärdig vård i hela landet. Det som nu är reglerat i grunduppdraget är i princip att det ska handla om ”vanligt förekommande” vårdbehov och att den ska vara ”lättillgänglig”.

Vårdanalys beskriver att förutsättningarna för att uppnå en högre grad av kontinuitet varierar i olika delar av landet.² Regeringen och regionerna behöver därför arbeta för att göra förutsättningarna mer lika över landet men också inom regionerna, t.ex. för personal-försörjningen.

Socialstyrelsen behöver också kunna få data från primärvården i hela landet, som kan utgöra underlag för utveckling på ett nationellt plan och därmed bidra till att göra primärvården mer jämlik. Ett tydligare och förbättrat nationellt uppdrag för primärvården behövs.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppgift att utveckla ett nationellt basuppdrag för att förtydliga vilken specialistkompetens en vårdcentral måste kunna erbjuda. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

² Vårdanalys (2020:9) Primärt i vården.

4.2 Uppsökande och förebyggande arbete

Lagstiftaren anger en tydlig skyldighet för socialtjänsten att bedriva uppsökande och informerande verksamhet för att informera och erbjuda enskilda och grupper hjälp och stödinsatser. För hälso- och sjukvården finns inte motsvarande skyldighet. Coronapandemin satte ljuset på vikten och behovet av uppsökande sjukvård. Ett exempel är variationen av hur vaccinationstäckningen ser ut i olika områden. Det bör vara en väckarklocka om vikten av att aktivt söka nå de i befolkningen med störst vårdbehov, inte bara arbeta för att utforma en sjukvård för de mest resursstarka som står för störst efterfrågan. Uppsökande hälsokontroller bör därför prövas. Underbehandling är en fråga som även uppmärksammas i slutbetänkandet från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).³ Där framgår att personer med kortare utbildning som saknar fast förankring på den reguljära arbetsmarknaden samt äldre, kroniskt sjuka, multisjuka, glesbygdsbor m.fl. är underbehandlade i högre grad.

Regeringen bör ta initiativ till att utveckla vårdcentralerna till att i högre grad fokusera på uppsökande och förebyggande arbete i samarbete med regionerna och kommunerna, särskilt gällande personer med låg utbildning som står långt ifrån arbetsmarknaden samt äldre och multisjuka personer. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4.3 Vaccinationsprogrammets utveckling

Vaccination är ett effektivt och säkert sätt att bekämpa infektionssjukdomar. Vaccinet skyddar den enskilda individen samtidigt som även andra människor skyddas genom att smittspridningen minskas bland hela befolkningen. För att vaccination ska fungera på bästa möjliga sätt krävs det att en stor del av befolkningen har ett stort förtroende för vaccinets verkan. Det är därför viktigt att Sverige har ett väl utvecklat vaccinationsprogram förankrat i forskning och vetenskap.

Sverige har i dag inget vaccinationsprogram mot TBE, men Folkhälsomyndigheten har påbörjat ett arbete med att ta fram nationella rekommendationer för TBE-vaccinet. TBE-smitta kan få mycket svåra följder för den enskilde, och därför är det viktigt att antalet personer som vaccineras mot TBE ökar. En ökad vaccinationsgrad är också viktig eftersom TBE-smitta och förmodad TBE-smitta utgör en belastning för hälso- och sjukvården som går att undvika.

I syfte att öka vaccinationsgraden mot TBE, i väntan på att ett särskilt vaccinationsprogram är på plats, anser Vänsterpartiet att ett högkostnadsskydd bör införas på högst 200 kronor per dos för vuxna. För barn bör vaccinationen vara helt kostnadsfri. I Vänsterpartiets budgetmotion för 2025 (mot. 2024/25:1924) specificeras detta ytterligare.

Regeringen bör tillse att vaccinprogrammen utvecklas och att det införs ett högkostnadsskydd för TBE-vaccin till vuxna samt att det blir kostnadsfritt att vaccinera barn mot TBE. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Att erbjuda personer över 65 år vaccin mot pneumokocker skulle skydda dem från svår sjukdom eller förtida död och trycka ned smittspridningen i samhället. Det skulle inte bara minska det personliga lidandet utan också vara en vinst för hälso- och sjukvården i stort. Om färre insjuknar och tvingas söka vård frigörs resurser som kan läggas på andra patienter. Sedan den 1 mars 2022 finns det även ett särskilt vaccinationsprogram

³ SOU 2021:6 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.

mot pneumokocker för personer som ingår i riskgrupper, där bl.a. personer som är 75 år och äldre inkluderas. Samtidigt rekommenderar Folkhälsomyndigheten årlig vaccination mot pneumokocker för personer som är 65 år och äldre.

Vänsterpartiet vill därför att Sverige ska ha ett vaccinationsprogram för personer över 65 år med kostnadsfria vacciner mot pneumokocker. Vi anser även att vaccination mot bältros för personer som är 65 år och äldre ska kunna ingå i ett vaccinationsprogram. Vi väljer dock att invänta Folkhälsomyndighetens utredningsarbete kring vaccination mot bältros. I vår budgetmotion för 2025 (mot. 2024/25:1924) föreslår vi därför att ett nytt anslag införs som uppgår till 110 miljoner kronor för 2025.

Regeringen bör återkomma med förslag om att inrätta vaccinationsprogram för personer över 65 år med kostnadsfria vacciner mot pneumokocker. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4.4 Primärvårdens uppdrag för psykisk hälsa

Ett fundament i det paradigmskifte som Vänsterpartiet verkar för är att den psykiska hälsan likställs med den fysiska hälsan. Det anstår inte ett utvecklat välfärdssamhälle likt vårt att neka människor en god, likvärdig och adekvat psykiatrisk behandling. Samhället behöver med gemensamma kraftanstängningar bryta stigmat kring psykisk ohälsa och erbjuda befolkningen lättillgängliga och förebyggande insatser för att främja en god hälsa. Primärvårdens roll är avgörande för att detta ska kunna förverkligas.

Under de senaste åren har stort fokus och politiska insatser lagts på att definiera och förtydliga att primärvården ska bli basen inom svensk sjukvård. Om primärvården ska kunna bära detta ansvar fullt ut även när det gäller psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser krävs en tydlig förstärkning av primärvårdens resurser. Det är av yttersta vikt att varje vårdcentral i landet har kompetens och personal för att kunna erbjuda en god vård vid psykisk ohälsa och rutiner för att snabbt och effektivt remittera vidare patienter som är i behov av mer specialiserad psykiatrisk vård.

Det saknas nationell statistik över behov av och tillgång till psykologisk behandling inom primärvården. Möjligheten att följa upp och jämföra vilken vård som ges inom primärvården är således kraftigt begränsad. Enligt en undersökning av Psykologförbundet 2016 uppgav dock 33 procent av Sveriges vårdcentraler att de varken har psykolog anställd eller vårdavtal med privatpraktiserande psykolog. Detta gör tillgången till psykologisk behandling ojämlik.

För att primärvården ska kunna vara "första linjens" vård av psykisk ohälsa krävs krafttag från samtliga aktörer, inte minst regeringen. Vården behöver vara individanpassad och ajour med modern forskning och medicinsk praxis. Sammantaget kräver detta en resursförstärkning av primärvården och en medveten strategi för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten inom primärvårdens ansvarsområden rörande psykisk hälsa.

En tydligare nationell styrning och en fördjupad nationell samordning är viktigt för att den psykiatriska vården och omsorgen ska bli bättre inom ramen för primärvårdens uppdrag. Uppdraget i sig bör emellertid också förtydligas och stärkas i syfte att bättre erbjuda tidigt stöd och en adekvat behandling av psykisk ohälsa.

Många av de som söker sig till första linjens vård av psykisk ohälsa söker i samband med en stressrelaterad problematik som kommer från arbetslivet. Den psykiska ohälsan, inte minst den stressrelaterade, som har sin grund i arbetslivets allt hårdare klimat är ett av vår tids största folkhälsoproblem. Antalet sjukskrivningar relaterade till utmattning

eller andra stressrelaterade problem är skenande och föranleder en verkligt omfattande åtgärdsplan. Primärvården behöver rustas bättre för att kunna ta emot och behandla patienter med stressrelaterad problematik. Vänsterpartiet arbetar för en bred palett av åtgärder för att förbättra den arbetsrelaterade hälsan i Sverige. Många frågor avhandlas bäst arbetsrättsligt, men inom hälso- och sjukvården behöver kunskapsläget stärkas och det preventiva arbetet intensifieras.

Regeringen bör vidta åtgärder för att stärka primärvårdens ansvar för psykisk hälsa, inklusive uppföljning av medicinsk behandling, samt att den ska kunna erbjuda samtal och rehabilitering. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4.5 Förstärk primärvården i områden med större utmaningar

Hälso- och sjukvårdens mål är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att regionerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom respektive region samt organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

Målet att vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen innebär att det i princip ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. I takt med bättre uppföljning har det dock blivit allt tydligare att vården inte är jämlik. Regionala skillnader i hälsa och dödlighet är ett tecken på att det finns faktorer i människors omgivning som påverkar hälsan och att det därför går att påverka ojämlikheter i hälsa och dödlighet genom politiska åtgärder. Det finns skillnader i vårdkonsumtion och val av behandling samt avseende geografi, dels mellan regioner men också inom regioner, och inte minst mellan tät- och glesbebyggda områden. Det finns dessutom skillnader mellan kön och mellan olika socioekonomiska grupper. Socialstyrelsen konstaterar att de största utmaningarna finns på landsbygden respektive i socioekonomiskt utsatta områden. Myndigheten har samlat flera exempel på hur rekryteringsproblemen i dessa områden har mötts. På landsbygden har man bl.a. använt sig av stanna kvar-premier som innebär en extra ersättning om medarbetare väljer att stanna kvar i primärvården i ett visst antal år, samt olika typer av inflyttningsservice och distanslösningar som virtuellt hälsorum och filialer. I socioekonomiskt utsatta områden nämns framgångar med verksamhetsförlagd utbildning som kanal för regioners och kommuners rekrytering till primärvården samt olika områdestillägg till tillsvidareanställda specialister i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin som arbetar i svårrekryterade områden.⁴

Vänsterpartiet anser att regeringen bör vidta åtgärder för att nå målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. De exempel som Socialstyrelsen nämner kan vara lämpliga att arbeta vidare med, men fler bör också utvecklas.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att komma med förslag på hur områden med utmaningar avseende god vård och jämlik hälsa bättre kan uppnå målen. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Ett grundläggande problem är resurser, och att områden där utmaningarna avseende hälsa och vård är större, generellt sett har sämre resurser. Vänsterpartiet anser att detta måste förändras.

⁴ Socialstyrelsen (2022) Kompetensförsörjning inom primärvården.

Regeringen bör återkomma med förslag om att säkerställa att de ekonomiska villkoren för en god vård och jämlik hälsa speglar de behov som finns i olika delar av landet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4.6 Målet om fast läkarkontakt

Sedan tio år tillbaka finns lagstiftning som ger patienter rätt till en fast läkarkontakt. 2022 fastställde Socialstyrelsen 1 100 invånare per läkare som ett nationellt riktvärde för regionerna att sträva mot. Riktvärdet är kopplat till den reform av primärvården som innebär att den ska byggas ut av regionerna med hjälp av statliga medel.

Enligt Läkarförbundets kartläggning har endast tio av landets 21 regioner fattat beslut om att sträva mot riktvärdet. Av dessa har bara tre (Stockholm, Gotland och Uppsala) handlingsplaner för att nå målet. Arbetet går dock framåt i jämförelse med förra året då endast tre regioner hade fattat beslut om att sträva mot riktvärdet. Socialstyrelsen följer också frågan och ger en något mer positiv bild. Enligt deras kartläggning har 17 regioner svarat att de beslutat om åtgärder för att nå målet. Den senaste kartläggningen från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att omkring 30 procent av befolkningen har en fast läkarkontakt. En siffra som varierar mellan 18 och 95 procent.⁵

För äldre som bor i särskilt boende har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommit överens om ett annat mål. Enligt det ska andelen äldre med en fast läkarkontakt uppgå till 80 procent. Vänsterpartiet menar att detta mål är alldeles för lågt. Än mer oroväckande är att det i dag inte följs upp på något systematiskt sätt.

Vänsterpartiet anser, precis som Läkarförbundet, att frågan måste prioriteras högre. Resursbristen inom sjukvården är ett uppenbart hinder för att nå målen, men såväl staten som regionerna och kommunerna behöver prioritera frågan högre. Tydliga uppföljningar behövs också för att kunna mäta uppfyllelsen av målen och uppnå dem.

Regeringen bör återkomma med förslag som innebär att de fastslagna målen om fast läkarkontakt ska uppnås. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

5 Högspecialiserad vård (NHV)

Nationell högspecialiserad vård (NHV) innebär att vård av vissa särskilt sällsynta eller svårbehandlade diagnoser och vårdområden koncentreras till max fem utförare. Tanken är att denna centralisering ska leda till ökad kunskap, kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen beslutar vilka vårdområden som ska omfattas av denna högsta vårdnivå samt antalet tillstånd.

Utvecklingen av NHV har mött en del kritik på senare tid, bl.a. från regionförvaltningen i Region Stockholm. Kritiken har bl.a. handlat om att det saknas kontrollmekanismer för systematisk och regelbunden prövning av tillstånden. I dagsläget gäller de tills vidare utan möjlighet att överklagas. Uppdragen har också ansetts vara uppdelade i för smala områden, vilket begränsar överblickbarheten och möjligheten att göra tillräckliga konsekvensbedömningar avseende sammanhållen vård, forskning och utbildning. Regionförvalt-

⁵ Läkartidningen (2024-04-30) Kartläggning: Hälften av regionerna saknar mål om fast läkarkontakt.

ningen i Region Stockholm har efterfrågat att en tydlig övergripande målbild tas fram och att en nationell utvärdering av processen görs för att möjliggöra en utveckling mot ökad patientnytta och stärkt systemperspektiv. Under tiden för utvärderingen bör tempot i genomförandet sänkas. Vidare vill förvaltningen att tidsbegränsade tillstånd övervägs för att säkerställa möjligheten att omforma eller avveckla uppdrag i takt med sjukvårdsutvecklingen.

Vänsterpartiet instämmer i delar av den kritik som riktas mot NHV och anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att öka transparensen inom uppdragen samt för att följa upp och utvärdera arbetet.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att öka transparensen inom uppdragen med NHV samt för att följa upp och utvärdera arbetet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6 Rätt till jämlik vård

Den nuvarande ramlagstiftningen innebär att hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och riktlinjer alltför ofta blir tomma ord utan konkret påverkan på vårdpolitiska beslut och prioriteringar. När kommersiella intressen överordnas hälso- och sjukvårdspolitiska lagar och regelverk uppstår i stället gräddfiler för de som kan betala för sig och privata vinststyrda verksamheter etableras där vinsterna blir som störst.

Enskilda personer kan inte kräva överprövning av ett beslut eftersom hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslag utan en ramlag som anger regionfullmäktiges skyldigheter att tillhandahålla en god vård. Att omformulera hälso- och sjukvårdslagen från en ramlag till en rättighetslag torde vara en mycket komplicerad väg att gå. Patientlagen samt patientsäkerhetslagen är lagar som är inriktade på enskilda patienter. Vänsterpartiet anser att alla patienter ska ha rätt till jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens kapitel 3.

Regeringen bör återkomma med förslag om att det i patientlagen och i patientsäkerhetslagen skrivs in att alla patienter har rätt till jämlik vård och att myndigheter och vårdgivare är skyldiga att organisera vården så att den utförs jämlikt. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6.1 Stoppa privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligt finansierade vården

Privata sjukförsäkringar möjliggör för enskilda personer att köpa sig förtur i svensk offentligfinansierad vård. För Vänsterpartiet är det självklart att det är vårdbehovet, inte storleken på plånboken, som ska avgöra vem som får vård först och i vilken omfattning. En person som har ett större vårdbehov ska alltid prioriteras före en person med ett mindre vårdbehov. Privata sjukvårdsförsäkringar är en del i den problematik som i grunden handlar om frågan om vinster i välfärden. Sedan lång tid har en ideologiskt driven privatiseringslinje och vinstjakt pågått inom vården.

Det är varken förenligt med människovärdesprincipen eller principen om vård efter behov på lika villkor att den som har en sjukvårdsförsäkring kan komma före till bättre vårdkvalitet och tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, jämfört med en person som saknar försäkring. Det leder endast till att det

skapas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentligt finansierad och utförd missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring.

Som det ser ut så utesluts dessutom gamla, fattiga och sjuka i enlighet med affärsidén att skapa lönsamma försäkringskollektiv av unga, friska och arbetsföra personer. De flesta som omfattas av privata sjukförsäkringar idag är försäkrade via sin arbetsgivare. Försäkringen utgör i dessa fall en skattesubventionerad förmån, vilket innebär ytterligare en belastning för de offentliga finanserna som alla vi skattebetalare gemensamt får bära.

Systemet med privata sjukvårdsförsäkringar är inte bara orättvist och leder fel när det kommer till vem som får vilken vård och när, utan systemet är även kostnadsdrivande. Bland annat skapas en kravkultur där patienterna/kunderna vill få ut maximalt av sin försäkring, såsom fler utlåtanden av fler specialister (second opinion). Samtidigt har de privata vårdgivarna intresse av att sälja så mycket sjukvård som möjligt. Lägg därtill försäkringsbolagens administrativa kostnader för att skadereglera och kontrollera att människor talar sanning i sina hälsodeklarationer och/eller andra avtalskontroller. Dessa steg mot en sjukvård som liknar USA:s blir inte billigare, vare sig för det allmänna eller för den enskilde.

Vänsterpartiet anser inte att det är rimligt att det ska vara tillåtet att utforma försäkringar som strider mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen bör återkomma med förslag om att förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade vården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

6.2 Återupprättad behovsprincip

Statens uppföljning av målen för vården behöver bli mer systematisk, kontinuerlig och operativ samt vara utvärderande. I en mängd dokument uppmärksammas målet om en jämlik vård. Trots det ser vi gång efter annan enskilda rapporter som åtföljs av insatser med klen resultat. Regionerna behöver bli starkare och statens styrning tydligare, samt mer fokuserad på måluppfyllelse.

2015 föreslog Kommissionen för jämlik vård att ”alla landsting bör inrätta en särskild fristående regional samordnare för jämlik vård. En samordnare kan utreda strukturella ojämlikheter inom sjukvården och snabbt ge förslag på konkreta åtgärder mot ojämlik vård”.⁶ Inom en rad områden behövs i dag ökad nationell styrning. Exempelvis är det rimligt att investeringar i patientjournalssystem och annan digital infrastruktur hanteras av staten, liksom större fastighetsinvesteringar, vårdköer, beredskapslager, läkemedelslistor, biobanker och precisionsmedicin. Om målsättningen är att ha en jämlik vård måste det föreslås åtgärder som leder till ökad jämlikhet, inte minskad jämlikhet och ökade klassklyftor.

Tillsynen av hälso- och sjukvården är ett av de viktigaste statliga verktyg som finns i dag för att värna om patientsäkerheten och bidra till lärande. Detta verktyg är underutnyttjat. Tillsynen behöver stärkas resursmässigt, granskningar måste få bättre genomslag och lagar och förordningar behöver anpassas för att ge goda förutsättningar i tillsynsarbetet. En besvärande aspekt angående tillsyn och statlig styrning är den roll som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) getts, enligt olika utredningar och rapporter. Den sjukvård som bedrivs av regionerna styrs även av SKR och staten. Tillsyn bör därför inte ske av SKR som samtidigt styr delar av vården.

⁶ Kommissionen för jämlik vård (2015) Ojämlik vård – ett hot mot vår sjukvård.

Den statliga styrning som sker delvis via SKR har inte något ansvar för sjukvårdens utförande, och enligt Tillitsdelegationen finns ett ökat behov av beslutsutrymme för professionen inom vården. Det finns därför all anledning att stärka den statliga styrningen, dels i syfte att uppnå ökad jämlikhet, dels för att få ökat lokalt och professionellt handlingsutrymme där det är lämpligt. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård har också visat på svagheter i hur svensk sjukvård styrs.⁷

Inom flera områden har staten organiserat organ för utvärderingar. Kommissionen för jämlik hälsa har visat på vikten av behovsprövad vård för att åstadkomma ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.⁸ En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har bl.a. uppmärksammat hur patientens behov inte är utgångspunkten för vårdens organisation och arbetssätt.⁹

Det finns nog med underlag för att återupprätta behovsprincipen inom hälso- och sjukvården. Det är en elementär åtgärd för att ta steg i riktning mot en jämlik vård.

Vänsterpartiet anser att den svenska hälso- och sjukvården behöver återgå till att styras med utgångspunkt från vårdbehov. De nyliberala dogmerna måste bytas ut. Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård efter behov behöver åter bli verklighet.

Regeringen bör vidta åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdslagens (HSL) ställning så att patienter med störst behov prioriteras. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

7 Privata utförare inom vården

Sedan 2009 reglerar lagen om valfrihet (LOV) vad som gäller om kommuner väljer att låta medborgarna välja utförare bland leverantörer i ett s.k. kundvalssystem. LOV innebär fri etableringsrätt för alla företag som lever upp till de av kommunen ställda kvalitetskraven inom omsorgsområdet. Resurstilldelningen från kommunen baseras på hur många brukare leverantörerna lyckas locka till sig. Systemet är obligatoriskt för regionerna inom primärvården sedan 2010, men frivilligt för kommuner i övrigt.

Det är stora skillnader i hur stor del av välfärden som bedrivs av privata utförare i olika delar av landet. Marknadsinslaget är mest framträdande i storstadsregionerna och allra mest i Stockholm. I genomsnitt för hela riket köpte kommuner och regioner under 2021 verksamhet för 13 procent av bruttokostnaden från privata företag och stiftelser. De regionala skillnaderna var stora. Stockholms län har stått för den högsta andelen köp av verksamhet varje år sedan 2007. Under 2023 var köpen i Stockholm 23 procent av den totala bruttokostnaden. Norrbottens län stod för den lägsta andelen köp av verksamhet. Där utgjorde köpen endast 5 procent.¹⁰ Inklusive det obligatoriska vårdvalssystemet inom primärvården hade Region Stockholm totalt 39 vårdvalssystem – långt fler än Uppsala och Skåne som vardera hade totalt 12 respektive 11 system. Majoriteten av regionerna har endast ett par vårdvalssystem.¹¹

⁷ SOU 2021:71 Riksstressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur.

⁸ SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa.

⁹ SOU 2016:2 Effektiv vård.

¹⁰ SCB (2023) Finansiering och utförare inom vård, skola och omsorg 2021.

¹¹ SKR (2021) Valfrihetssystem i regionerna 2021.

Ett syfte med vårdvalet är att det ska öka tillgängligheten, men så är inte fallet där ökad tillgänglighet behövs. Marknadslogikens intåg i den svenska vården har inneburit att i huvudsak friska, välbeställda personer ges möjlighet att överkonsumera vård. Samtidigt har patienter med sämre ekonomi och sämre hälsa och äldre personer med stora vårdbehov nedprioriterats. De riktigt stora vårdbehoven finns inte i Stockholms innerstad utan i förorter, bostadsområden i utkanten av städer och i glesbygd, där privata aktörer med vinstintresse inte har lika starka drivkrafter att etablera sig.

Det fria vårdvalet med den fria etableringsrätten har lett till fler huvudmän och därmed en bristande samordning av vården. De ökade inslagen av privata aktörer och införandet av valfrihetsmodeller ger också upphov till större byråkrati i och med att behoven av kontroll och uppföljning ökar. Denna väg leder allt längre bort från innehållet i hälso- och sjukvårdslagen och jämlik vård.

Vänsterpartiet anser att valfriheten ska gälla för de som behöver vård och omsorg, inte för privata företag.

Regeringen bör utreda hur företagens fria vårdval och etableringsfriheten påverkar tillgänglighet och organisering av sjukvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Vinstintresset förvrider välfärdens sätt att fungera. Den fria företagsetableringen innebär en ineffektiv resursallokering när vinstintresset snarare än medborgarintresset styr var vårdcentraler eller äldreboenden öppnas. Vårdcentraler och läkarmottagningar etablerar sig mycket oftare i områden där folk är välbeställda och relativt friska och riktar sin marknadsföring mot dessa grupper. Det gör att vårdens pengar inte räcker till områden där människor har lägre inkomster och där ohälsan är högre och sjukdomsbilden mer komplex.

Personalen är avgörande för kvaliteten i välfärden. Det är också den som kostar mest pengar. Därför är det inte konstigt att de s.k. välfärdsföretagen oftast sparar in på personalen för att göra vinst. Privata utförare har i genomsnitt lägre bemanning, färre anställda med rätt utbildning samt fler deltidsanställda och fler visstidsanställda jämfört med kommunala utförare.

Det har aldrig funnits en majoritet bland medborgarna för att tillåta vinstutdelning i skattefinansierad vård, skola och omsorg. 70 procent av befolkningen tycker att vinstutdelning inte ska tillåtas inom skattefinansierad vård, skola och omsorg. Andelen har dessutom ökat de senaste åren.¹² Knappt en femtedel tycker att det är ett dåligt förslag att förbjuda vinstutdelning. Lobbyism för vinstdrivande aktörer i välfärden har dock ökat markant, vilket skulle kunna förklara den stora diskrepansen mellan majoriteten av riksdagspartiernas positiva inställning till vinster i välfärden och medborgarnas motstånd till desamma.

En välfärd utan vinstintresse är en fråga som Vänsterpartiet kommer fortsätta att prioritera. Vi bedömer att det redan i dag finns tillräckligt med underlag för att frågan ska kunna utredas skyndsamt och ett vinstförbud ska kunna träda i kraft de närmaste åren.

Regeringen bör ta initiativ till att avskaffa de system som ger möjlighet till vinstjakt inom vården och tillse att aktiebolag som aktör inom sjukvården inte tillåts. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Förutsättningarna för välfärden att minska klyftorna i folkhälsa som följer av ojämlikheten i samhället kräver att välfärden kan verka kompensatoriskt. Välfärdsresurserna måste därför styras efter en behovsprincip, där störst behov kommer först. För nätläkar-

¹² SOM-institutet (2024) Svenska trender 1986–2023.

bolagen och andra privata vårdgivare är de friskaste patienterna, som kräver minst insats men ger hög ersättning, de mest lönsamma. Dessa aktörers utbredning inom välfärden har gjort vinstmöjligheterna mer styrande av hur vårdresurserna fördelas i stället för att låta behoven styra. Därmed blir det också den offentliga vårdens ansvar att vårda de med störst vårdbehov, vilket innebär ökad belastning på den offentliga vården.

För Vänsterpartiet är det samtidigt rimligt med en organisering som möjliggör att teknologiska lösningar kommer vården till gagn. Att utföra en viss rådgivning och enklare sjukvård via videosamtal bör därför utvecklas i offentlig regi i syfte att öka vårdens tillgänglighet och jämlikhet. Regionerna har goda möjligheter att utveckla digitala verktyg för att bättre möta patienterna utifrån behov och förutsättningar. En sådan utveckling skulle vara ett effektivt sätt att minska förekomsten av privata nätläkare. Utöver det bör möjligheterna att begränsa förekomsten av privata nätläkarbolag utredas.

Regeringen bör utreda möjligheterna att begränsa förekomsten av privata nätläkarbolag. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

8 Stärkt krisberedskap

Under lång tid har Sveriges beredskap inför pandemier och kriser försvagats. Kommerciellisering av vården har gjort tillgången till medicin och sjukvårdsmaterial sårbar. Stora globala vinstsyftande bolag prioriterar vad som är bäst för dem själva och inte vad som är bäst för folkhälsan. Vänsterpartiet anser att det behövs ett nationellt ansvar för lager av skyddsutrustning och även en inhemsk produktion.

Den utredning som tillsattes av regeringen 2018¹³ belyser och ger förslag på hur beredskapen med sjukvårdsutrustning och läkemedel kan stärkas. Enligt Vänsterpartiets mening måste utgångspunkten för regeringen vara att bygga upp ett robust system som klarar olika kriser där import av skyddsutrustning och läkemedel till Sverige stoppas.

Det går inte att vänta tills nästa kris är i full blom. För sent och för lite kan inte anses vara en rimlig ambitionsnivå. Nationella lager ska innehålla nödvändiga artiklar som har tillräcklig hållbarhet via s.k. omsättningslager. Frågan är inte om utan hur nationella lager för beredskap i kriser ska se ut.

Regeringen bör vidta åtgärder för att införa ett nationellt lager av medicinsk utrustning och relevanta läkemedel som en del av krisberedskapen. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

I Sverige är det regionerna, och delvis kommunerna, som bedriver sjukvård. Vid en pandemi är det regionerna som är ansvariga för att bedriva medicinsk vård. För att detta ska vara möjligt behöver det finnas en pandemiplan som ska användas i beredskapssyfte. I alltför många fall har regioner underlåtit att arbeta enligt myndigheters rekommendationer. Lager har hållits i långtradare ute på vägarna enligt just in time-modellen.

För att vårdpersonalen ska kunna bedriva ett effektivt vårdarbete krävs bl.a. skyddsutrustning. Saknar personalen skyddsutrustning finns det risk att vissa vårdbehövande patienter prioriteras bort. Det går inte att vänta med upphandlingar tills alla andra regioner och länder efterfrågar skyddsutrustning. I Sveriges tre största regioner saknades tillräckligt stora lager när pandemin bröt ut. Att köpa in skyddsutrustning och andra nödvändiga

¹³ Dir. 2018:77.

artiklar mitt under en pandemi är dyrt. Regionerna bör ha ett lagkrav på sig att åtminstone ha pandemilager för tre månaders förbrukning.

Regeringen bör utreda behovet av lagstiftning om att regionerna ska ha pandemilager med skyddsutrustning för tre månaders förbrukning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Vidare anser Vänsterpartiet att offentligt finansierade privata vårdenheter ska omfattas av statens krisberedskap och samma krav som offentliga verksamheter. I dag försvåras bekämpningen av pandemier då samhällets samlade resurser inte drar mot samma mål.

Regeringen bör vidta åtgärder för att samtliga privata vårdföretag med avtal från regionen enligt lag ska ingå i regionernas och statens krisberedskap. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Folkhälsomyndighetens planeringsstöd Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag, från 2023, visar hur många olika instanser som är delaktiga i pandemibekämpning på olika nivåer. Tidigare gav Socialstyrelsen ut en nationell plan för pandemisk influensa. Vikten av att det huvudsakliga ansvaret ligger på den nationella nivån har klart påvisats under coronapandemin. 290 kommuner, 21 regioner och en mängd statliga myndigheter behöver samordnas tydligare. Detta måste ske omedelbart när en pandemi bryter ut. Tidskrävande samverkan och framtagande av nya rutiner och samarbetsorgan m.m. skapar onödiga tidsfördröjningar. Samverkan är bra, men det måste ske på ett sådant sätt att inte en tidsfördröjning sker.

Regeringen bör vidta åtgärder för att staten ska ha det övergripande ansvaret vid pandemier, olyckor eller andra kriser. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

9 Stopp för hyrpersonal i vården

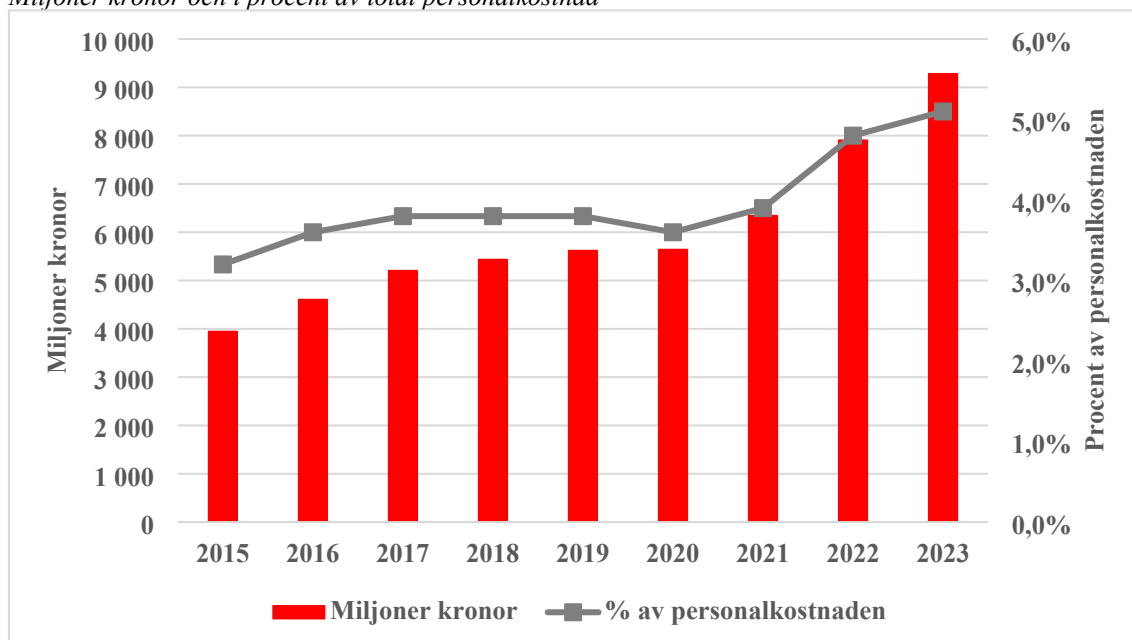
Regionernas kostnader för hyrpersonal är stora. Miljarder kronor som hade kunnat användas till att bygga välfärden försvinner i stället iväg i merkostnader. Alla regioner utom tre ökade dessutom sina kostnader för inhyrd personal inom hälso- och sjukvården förra året med 1,4 miljarder kronor – en ökning med hela 17 procent jämfört med 2022.¹⁴ I vissa regioner ökade hyrkostnaderna betydligt mer. Störst ökning skedde i Jämtland Härjedalen, med 79 procent, samt i Västernorrland och Norrbotten, där ökningen i båda regionerna nådde 65 procent. Totalt landade hyrnotan för hela landet på ca 9,3 miljarder kronor.¹⁵

¹⁴ SKR (2024). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2023.

¹⁵ Ibid.

Figur 1 Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2015–2023

Miljoner kronor och i procent av total personalkostnad



Källa: SKR.

Regionerna har under flera år arbetat tillsammans för att uppnå ett oberoende av inhyrd personal. Satsningen är ett initiativ från samtliga regioner med regiondirektörerna som initiativtagare. Under 2023 intensifierade regionerna arbetet med att minska hyrbemanningen och säkra tillgången till egen personal. Några regioner satte in särskilda åtgärder i slutet av året, men det stora flertalet implementerar sina insatser under de första månaderna 2024.

Sedan januari 2024 finns det också ett regiongemensamt avtal, med gemensam pris-sättning för olika bemanningstjänster i vården. Alla regioner kommer under året successivt att ansluta till avtalet för att avropa bemanningstjänster på ett mer likvärdigt sätt. Flera regioner har själva redan nu infört stopp för inhyrd personal. I oktober 2023 slutade exempelvis Region Skåne att hyra in sjuksköterskor på dagtid och fr.o.m. mitten av januari gäller stoppet alla tider på dygnet.¹⁶ Också i Halland har man infört ett stopp för hyrpersonal.¹⁷ Målet är en bättre situation på sikt, men vägen dit innebär en stor påfrestning för en redan pressad verksamhet.

Det är tydligt att regionerna har olika förutsättningar och behöver stöd i omställningen till att själva anställa fler och förbättra arbetsvillkoren för den befintliga bemanningen. I Region Stockholm är kostnaderna för hyrpersonal i hälso- och sjukvården enbart 2 procent av de totala personalkostnaderna medan de i Västernorrland var 18 procent 2023.¹⁸ För många regioner är hyrpersonal i dagsläget den enda möjliga utvägen. Ett omedelbart stopp skulle i praktiken innebära att avdelningar behövde stänga helt eller tillfälligt.

Vänsterpartiet vill se ett avskaffande av hyrpersonal i vården från 2027. Det är dock helt centralt att ett sådant stopp kombineras med andra åtgärder från staten för att säkra personalförsörjningen. Vi föreslår därför ett tiopunktsprogram för att avskaffa hyrpersonal

¹⁶ Region Skåne (2024). Region Skånes hyrkostnader minskar efter hyrstoppet.

¹⁷ Osterberger, P. (2023). Stopp för hyrläkare på Region Hallands vårdcentraler. SVT, den 27 september. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/halland/stopp-for-hyrlakare-pa-region-hallands-varldcentraler--ifu3dr>. Hämtad den 24 april 2024.

¹⁸ SKR (2024). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2023.

i vården. Vi gör en särskild satsning på Norra sjukvårdsregionen och även glesbefolkade regioner. Förslaget beräknas kosta staten omkring 400 miljoner kronor 2025. Om merkostnaden för hyrpersonal beräknas vara omkring 30 procent (enligt SKR:s bedömning) skulle besparingen beräknat på kostnaderna för 2023 motsvara ca 3 miljarder kronor.¹⁹

Vänsterpartiets 10-punktsprogram för att avskaffa hyrpersonal inom vården:

1. Utöka läkarutbildningen med 500 platser åren 2025–2030. Fokus ska ligga på Norra sjukvårdsregionen, så att antalet examinerade läkare där på sikt kan öka från dagens 190 till 350.
2. Utöka sjuksköterskeutbildningen snarast med 1 000 nya utbildningsplatser med fokus på Norra sjukvårdsregionen. Där beräknas antalet examinerade sjuksköterskor 2025 minska från 600 till 530. Vi vill i stället se en expansion så att 800 sjuksköterskor kan examineras där varje år.
3. Skriv av studieskulderna för vårdutbildad personal som väljer att bo och arbeta i glesbefolkade regioner. Varje år ska 1/10 av studieskulderna skrivas av, så att hela studieskulden är avskriven efter tio års tjänstgöring.
4. Tillskapa en nationell samordning av regionernas ansvar för arbetsplatsförlagd utbildning och vidareutbildning i syfte att säkra tillräckligt många utbildningsplatser/tjänster för att täcka kompetensförsörjningsbehovet av specialister. Vi vill se att förslagen i betänkandet Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning (SOU 2024:9) genomförs snarast.
5. Tillsätt en särskild nationell samordnare avseende regionernas arbetsmiljöarbete, då det är en av de främsta anledningarna till att personalen lämnar vårddyrket.
6. Förbjud regionanställda att ha en bisyssla som hyrpersonal.
7. Förtydliga lagstiftningen så att det blir klargjort att regionerna har rätt att sluta ett gemensamt avtal avseende hyrpersonal (exempelvis avseende priser).²⁰ Det behöver också bli tydligare att en läkare som varit anställd i en region har en karenstid innan hen kan återkomma som hyrläkare och att viten ska delas ut om avtal inte hålls.
8. Sätt konkreta mål för att minska hyrpersonalen under åren 2025–2027, med ambitionen att dessa ska minska med 75 procent till utgången av 2027.
9. Tillsätt en utredning som 2026 ska lämna förslag på hur ett stopp för hyrpersonal i vården kan fungera.
10. Stopp för hyrpersonal i vården från 2028.

I Vänsterpartiets budgetmotion för 2025 (2024/25:1924) avsätter vi resurser för reformen.

Regeringen bör återkomma med förslag om att stoppa hyrpersonal i vården enligt de tio punkterna ovan. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

10 En värdig och trygg förlossningsvård

Krisen i förlossningsvården är ett resultat av flera decenniers nedskärningar, privatiseringar, införande av marknadssystem och en automatisk underfinansiering så som

¹⁹ Riksdagens utredningstjänst (dnr 2024:488) och egna uträkningar.

²⁰ Det nuvarande avtalet har flera gånger överklagats av bemanningsföretag som påverkas. Den 16 november 2023 meddelade Kammarrätten i Göteborg att man beslutat att inte ingripa mot regionernas gemensamma upphandling av hyrpersonal. Även om det nu finns ett gemensamt avtal på plats har processen inneburit ett onödigt förhållande från bemanningsföretagen.

systemet är uppbyggt. Ska vi ha en trygg och värdig förlossningsvård, så krävs att politiken tar tillbaka kontrollen i regionerna, och att resurserna till välfärden ökar kraftigt. För att det ska bli verklighet behöver staten ta ett större ansvar för finansieringen. Vården och förlossningsvården ska fungera i hela landet.

Krisen i förlossningsvården märks. De mammor som föder barn i dag känner av den enorma press som ligger på barnmorskorna och förlossningsavdelningarna. Mammor kan tvingas att föda barn hemma, för att platsbristen är så stor. Det skapar rädsla bland såväl de som ska föda som de som ska se till att det blir en trygg förlossning när alla vet att det inte finns tillräckligt med personal på plats.

Flera förlossningskliniker har stängts de senaste åren, och nedmonteringen följer ett tydligt mönster. De som redan har lång väg till ett BB får därmed ännu längre väg. För att säkra tillgången till förlossningsvård även i glest befolkade områden krävs att vi solidariskt via statsbudgeten tillför nödvändiga resurser. Samtidigt bör vården anpassa sitt arbete i områden med stora avstånd för att kunna erbjuda rådgivning till gravida kvinnor.

Regeringen bör vidta åtgärder för att komplettera 1177 med barnmorskekompetens dit gravida kvinnor kan vända sig för rådgivning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Utvecklandet av graviditets-, förlossnings- och eftervård ska ta både professionens och patienters kunskap och engagemang i beaktande. Det bör utgöra en viktig del av ytterligare satsningar på att förstå och utforma åtgärder angående kvinnohälsa och förlossningsvård. Bristen på forskning med fokus på kvinnors hälsa blottlägger ojämställdheten i Sverige. I Vänsterpartiets strävan för jämställdhet ser vi därför nödvändigheten av att olika typer av förlossningsavdelningar utvecklas för att tillgodose kvinnors olika behov.

Regeringen bör ta initiativ till att utveckla olika typer av förlossningsavdelningar placerade på sjukhus med tillgång till akutavdelningar, utifrån kvinnors förväntade förlossningar och önskemål. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Socialstyrelsen redovisar att samtliga 21 regioner har brist på barnmorskor.²¹ Bristen råder inom hela kvinnovården, på exempelvis barnmorskemottagningar och mödrahälsovård. Arbetsgivare försöker lösa detta genom att stänga förlossningsrum eller försämra tillgängligheten på barnmorskemottagningar, samtidigt som barnmorskor larmar och många lämnar.

I en enkät från TT svarade majoriteten av regionerna, 57 procent, att de inte hade tillräckligt med barnmorskor för att klara bemanningen på alla förlossningsavdelningar för sommaren 2022. På Region Västerbottens tre förlossningskliniker i Umeå, Lycksele och Skellefteå saknas det sammanlagt 15 barnmorsketjänster. För att lösa bemanningen tvingas de anställa hyrbarnmorskor – en både kortsiktig och kostnadskrävande lösning.

Vänsterpartiet anser att det ska finnas en barnmorska för varje förlossning. Det skulle leda till en rimligare arbetsbelastning och arbetsmiljö, men framför allt tryggare och värdigare förlossningar, om en barnmorska fullt ut kan ansvara för och vara med under hela förlossningen. Då skapas bättre möjligheter att förutse och förhindra komplikationer. Och den som ska föda vet att det finns någon på plats som vet, kan och har tid.

²¹ Socialstyrelsen (2022) Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.

Regeringen bör säkerställa att varje födande kvinna garanteras en barnmorska vid sin sida under hela förlossningen. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

11 Psykisk ohälsa

11.1 Psykofarmaka

Socialstyrelsens statistik från 2023 visar att 1,2 miljoner patienter hämtade ut antidepressiva läkemedel under 2023. Det motsvarar drygt 11 procent av befolkningen. Användandet var högst i åldersgruppen 75 år och äldre där 23 procent fick denna typ av läkemedel. Den största ökningen under de senaste fem åren syns dock bland barn och unga. Andelen flickor i åldern 10–14 år som fått ett antidepressivt läkemedel förskrivet ökade från 1,2 procent 2019 till 2,0 procent 2023, medan andelen pojkar i samma ålder ökade från 1,0 procent 2019 till 1,4 procent 2023.²²

Förskrivningen av antidepressiva och ångestlindrande mediciner är ökande och flera länder i vår omgivning har sett en liknande trend med innebörden att en betydande del av den vuxna befolkningen medicinerar mot psykisk ohälsa. Statistik från en rad andra länder, däribland Storbritannien, tyder på att medicinförskrivningen har ökat markant under coronapandemin, något som inte ännu har kunnat analyseras i Sverige. Statistiken kan tolkas som en indikation på att förskrivningen av psykofarmaka i dag till viss del har ersatt andra behandlingsterapier.

Regeringen bör utreda hur uppföljningen av medicinering inom psykiatri kan förbättras samt öka patientsäkerheten. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Ansvaret faller på politiken att möjliggöra bästa tänkbara behandlingsterapi för att lindra och bota såväl fysiska som psykiska besvär. Farmakologiska behandlingar kan inte vara ett substitut för andra behandlingsterapier med resurs- eller kompetensbrist som förevändning. I stället krävs en översyn av vilka effekter bristen på psykologiskt stöd inom ramen för primärvården får och huruvida detta har intensifierat förskrivningen av psykofarmaka.

Regeringen bör utreda hur medicinering av depression har utvecklats under en tioårsperiod samt hur medicineringen har bidragit till en bättre psykisk hälsa i befolkningen. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

För vuxna sker nyförskrivningen av antidepressiva läkemedel framför allt inom primärvården. Detta innebär att det är relativt få nyförskrivningar, mellan 30 och 40 procent beroende på åldersspann, som görs inom den psykiatriska specialistvården. Som beskrivs ovan är tillgången till andra behandlingsterapier inom primärvården begränsad då inte alla vårdcentraler möjliggör för exempelvis samtalsterapi. Det kan alltså inte uteslutas att primärvården, som följaktligen står för mellan 60 och 70 procent av nyförskrivningen av antidepressiva läkemedel, har en mycket omfattande förskrivning delvis p.g.a. avsaknaden av andra tillgängliga behandlingsterapier. Vidare analys krävs för att undersöka förhållandet mellan avsaknaden på icke-farmakologiska behandlingsterapier och förskriv-

²² Socialstyrelsen, Statistik om läkemedel 2024, art.nr: 2024-4-9026, 2024-04-08.

ningen av antidepressiva läkemedel, men siffrorna tycks indikera en potentiellt allvarlig situation.²³

Förskrivningen av psykofarmaka, i synnerhet ångestdämpande och antidepressiva medel, till barn och unga har ökat markant i Sverige. Detta är särskilt bekymrande eftersom forskningen på området är så pass tvetydig angående effekten och de långvariga konsekvenserna av minderårigas bruk. Vänsterpartiet anser att regeringen omedelbart behöver göra en översyn av förskrivningen till barn och unga samt säkerställa att de farmakologiska behandlingarna inte sker p.g.a. resursbrist inom BUP eller andra sådana överväganden.

Regeringen bör tillsätta en nationell utvärdering av hur medicinering av barn och unga med psykiska diagnoser har utvecklats över tid. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En aspekt av psykofarmakaförskrivningen som många patienter redogjort för är bristen på stöd när medicinerna ska sättas ut. Det är konstaterat att många brukare av psykofarmaka upplever problem med att avsluta behandling med psykofarmaka, s.k. utsättningsproblem. Ändå finns inga nationella riktlinjer eller handlingsplaner för en ordnad utsättning av psykofarmaka. I stället hänvisas vårdgivare till att följa den generella lagstiftningen om förskrivning och utsättning av läkemedel. Vittnesmålen är otaliga och mycket samstämmiga; det saknas kompetens och resurser för en ordnad utsättning av psykofarmaka för patienter med långvarigt bruk. Riskerna med detta är många, inte minst ett fortsatt bruk av preparaten trots att en utsättning vore att föredra. Ingen patient ska avstå en medicinskt försvarbar utsättning av läkemedel till följd av sjukvårdens bristande resurser.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utreda hur nedtrappning av medicinering mot psykiska tillstånd kan förbättras. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Vänsterpartiet vill att regeringen vidtar en rad åtgärder för att få en bättre bild av psykofarmakaförskrivningen i samhället. En nationell översyn i kombination med en tydligare plan för utsättning, en särskild översyn av förskrivningen till barn och unga och förtydligade instruktioner till regionerna är av största vikt.

Regeringen bör ta fram enhetliga och förtydligade instruktioner till regionerna angående förskrivningen av psykofarmaka. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

11.2 Förbättrad vård vid psykisk ohälsa

En framträdande anledning bakom den ökade förskrivningen av psykofarmaka tycks vara att andra metoder att möta den växande psykiska ohälsan inte är tillgängliga i tillräcklig grad. Utöver psykofarmaka erbjuds i regel kortvarig manualbaserad psykologisk behandling, ofta baserad på kognitiv beteendeterapi (kbt). Längre psykoterapi-behandling och psykoterapier med annan inriktning erbjuds sällan inom den offentliga vården. Dessa typer av behandling medför därmed stora kostnader för den enskilde och tillgången till dem blir därmed en klassfråga.

Psykisk ohälsa kan ta sig många olika uttryck och grunda sig i många olika faktorer. Den kan därför också behöva behandlas med olika metoder. Vänsterpartiet tror att flera

²³ RUT, dnr 2021:1097.

möjligheter till vård och behandling mot psykisk ohälsa skulle kunna ge bättre resultat. Vi vill därför se en utredning av möjligheterna att inom primärvården erbjuda terapi hos utbildade legitimerade terapeuter, med kravet att de inte ska vara vinstdrivande.

Regeringen bör utreda förutsättningarna för att öka patienters tillgång till terapi genom system som inte är vinstdrivna. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

12 Välfärds kriminalitet inom hälso- och sjukvården

Ekobrottsmyndigheten larmar om att de kriminella gängens största inkomstkälla inte längre är narkotika utan välfärdsbrott. De driver vårdcentraler, sköter vaccinationer och tar hand om unga i riskzon. Gängen finansieras därmed till stor del genom offentliga medel samtidigt som de har tillgång till känslig information och direkt livsavgörande verksamheter. Utvecklingen är extremt oroväckande.

Sedan 2009 råder etableringsfrihet i primärvården över hela landet, genom lagen om valfrihetssystem (LOV). Vem som helst kan öppna en vårdcentral, utan att regionerna som bär ansvaret för sjukvården kan protestera. Vänsterpartiet har länge varnat för de allvarliga konsekvenserna av att släppa iväg kontrollen över sjukvården till privata aktörer. Det har lett till en ojämlig fördelning av vård, med överetablering inne i städerna och andra resursstarka områden, och stora vita fläckar i förorter och på landsbygden. Samtidigt har vi sett hur diktaturer som Kina och Förenade Arabemiraten visat intresse för att bli ägare av svenska vårdcentraler, mottagningar och sjukhus. Att kriminella nätverk nu ser sin chans att tjäna och tvätta pengar i vår gemensamma sjukvård är tyvärr ett logiskt nästa steg i den utvecklingen. Det skadar förtroendet för både välfärden i stort och alla seriösa företag som verkar i sjukvården. Den tillit som välfärdssystemet bygger på krackelerar.

Regeringen bör återkomma med förslag om att avskaffa den fria etableringsrätten. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

För att få ordning på den akuta situationen behövs också ännu kraftfullare åtgärder till en början. Vänsterpartiet vill införa en stopplag av nyetablering av företag i sektorerna vård, skola och omsorg för att försäkra att inflödet av nya verksamheter startade av kriminella stoppas helt. Lagen ska gälla i tre år för att hinna städa ut och lagföra kriminella företag. Förslaget beskrivs närmare i motionen Åtgärder mot organiserad brottslighet (mot. 2024/25:1904).

Det är inte enskilda händelser utan profitörer och kriminella nätverk som utnyttjar befintlig lag för att få tag i skattemedel. Vi ser det i Uppsala där hemtjänststimmar som inte utförts debiterats kommunen, vi ser det i Stockholm där det fuskats med vaccin, vi ser det i Västra Götaland där en privat vårdcentral krävts på 85 miljoner kronor efter felaktigheter som upptäckts. Allt detta är konsekvenser av den övertro på marknaden som styrt politiken de senaste decennierna.

Regeringen bör utreda vilken betydelse lagen om valfrihetssystem (LOV) haft för den ökade välfärdsbrottsligheten. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Utöver att utreda frågan behöver den följas närmare och befintliga aktörer granskas mer noggsamt. Därför behöver Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) få mer resurser. I Vänsterpartiets budget för 2025 avsätter vi 60 miljoner kronor till arbetet med att kvali-

tetssäkra befintlig välfärdsverksamhet. Läs mer i Vänsterpartiets budgetmotion (2024/25:1924).

Det bör också inrättas en ny specialenhet inom Ekobrottsmyndigheten som kan få bort de kriminella som redan trängt sig in i välfärden. Det arbetet ska ske i samverkan med polis och åklagare och på det vill vi satsa 30 miljoner kronor. Satsningen beskrivs närmare i motionen för utgiftsområde 4 (mot. 2024/25:1940).

13 AI inom hälso- och sjukvården

Utvecklingen inom artificiell intelligens (AI) erbjuder stora möjligheter till effektivisering inom vården, inte minst vid analyser av olika typer av prover och förmågan att ställa diagnoser. AI har förmågan att tolka data och snabbt analysera information utan att behöva göra fysiska undersökningar.

Flera försök och studier görs nu för att utveckla diagnostiken av bröstcancer. En studie från 2023 visade att prover som tidigare tagit mellan 15 och 30 minuter att analysera för en människa kan analyseras av AI på mellan tre och fyra minuter. De försök som genomförts på S:t Görans sjukhus i Stockholm har resulterat i att köerna till mammografin är borta. Uppföljningen av försöket visar också på fler hittade cancerfall och färre falska positiva fall. Den här typen av effektiviseringar frigör arbetstid för läkare och annan vårdpersonal för att kunna möta patienter och utföra andra livsviktiga uppgifter. En väl utvecklad AI-analys skulle också kunna stärka kvaliteten i bedömningarna och den vård som erbjuds, samt öka likvärdigheten i hela landet.

Genom att träna AI på stora datamängder från akutmottagningsbesök och 600 000 digitala EKG, har svenska forskare vid Uppsala universitet kunnat lära AI att identifiera hjärtinfarkter med en extremt hög precision. I deras studie upptäckte den tränade AI:n hjärtinfarkter i 99 av 100 fall. Med nuvarande metoder upptäcks 75 av 100 fall. Forskarna bakom den här studien tror också att AI kan användas för att hitta andra diagnoser som människor inte upptäcker.

Det utvecklas också nya AI-verktyg som kan gå igenom patientjournaler i syfte att förutsäga sannolikheten för att utveckla vissa sjukdomar. Det finns även AI-system som kan hjälpa till att spåra sjukdomsutbrott. Och dagligen använder vi teknik för att övervaka vår egen hälsa.

Försöken och studierna som genomförs för att utveckla olika AI-modeller saknar i dag den nationella samling som skulle behövas för att garantera att hela landet har tillgång till samma vård och att den håller den höga nivå som krävs.

Det finns också stora risker med att använda AI inom vården. Inte minst avseende integritetsskydd och frågor om vem som ska bära ansvaret när något går fel. Dessa risker är ytterligare skäl till att statligt kontrollerade och ägda modeller är att föredra.

Regeringen bör återkomma med förslag om att utveckla nationella och statligt ägda AI-modeller för screening av cancer och liknande sjukdomar. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa implementeringen av AI inom sjukvården i hela Sverige. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

14 Cancervården

Begreppet cancer är ett samlingsnamn för ungefär 200 olika sjukdomar som samtliga har det gemensamt att celler på något ställe i kroppen har börjat dela sig och växa. 2022 insjuknade 72 108 personer cancer i Sverige, 33 196 kvinnor och 38 912 män.²⁴

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen för kvinnor medan prostatacancer är den vanligaste cancerformen för män.

Socialstyrelsen har kunnat konstatera olika brister i den svenska cancervården, bl.a. oskäligt långa väntetider och stora regionala skillnader, samt förbättringspotential avseende information och ökad delaktighet för patienterna. Den nationella cancerstrategin som lanserades 2009 resulterade i att den svenska cancervården organiserades kring sex stycken s.k. cancercentra som finns fördelade över landet. Ett annat fokusområde var att korta väntetiderna. Sedan dess har en del viktiga steg mot en likvärdig cancervård tagits, men det innebär inte att vi har uppnått målet om en jämlik och likvärdig svensk cancer-vård.

Vänsterpartiet har länge efterfrågat en översyn av den svenska cancerstrategin, för att anpassas till de framsteg som gjorts inom cancervården. Det är därför glädjande att regeringen i februari 2024 tog initiativ till en sådan översyn.

14.1 Cancervården är fortfarande ojämlik

Överlevnaden i cancer har ökat i samtliga socioekonomiska grupper de senaste 20 åren, men glappet mellan de olika grupperna kvarstår och har inte påverkats. Om överlevnaden hade varit lika hög för alla som i grupperna med flest överlevande hade ungefär 3 000 liv kunnat räddas. De högutbildade får i större utsträckning än personer med lägre utbildningsnivå tillgång till de åtgärder som står att finna inom bl.a. diagnostik men också till den faktiska behandlingen. Exempelvis visar också studier att högutbildade får mer tid för sina frågor och önskemål trots att personer med lägre utbildning är i större behov av sådant stöd.

Cancervård på lika villkor är centralt för att uppnå hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård på lika villkor. Frågan om jämlik vård är också central i den nationella cancerstrategin. Det är dock tydligt att förekomsten av privata kommersiella intressen och aktörer har inneburit negativa konsekvenser vad gäller tillgången till en jämlik cancer-vård.

Inrättandet av sex regionala cancercentra är ett viktigt steg framåt för att utveckla cancervården i hela Sverige med målet om en jämlik cancervård. Det finns fortfarande stora skillnader mellan regionernas vård- och rehabiliteringsverksamheter, både när det gäller insatser och resultat. Befintlig kunskap implementeras olika snabbt eller inte alls.

Regeringen bör återkomma med förslag om ökade insatser för jämlik cancervård och samverkan mellan de sex regionala cancercentren. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

²⁴ Cancerfonden.se (2024-09-03) Statistik om cancer.

14.2 Gynekologisk cancer

Varje år insjuknar ca 3 000 kvinnor i Sverige i gynekologisk cancer – cancer i de kvinnliga könsorganen, dvs. i äggstockar, äggledare, livmoder, livmoderhals, slida och blygdläppar. De tre vanligaste formerna av gynekologisk cancer är livmoderkroppscancer, äggstockscancer och livmoderhalscancer, med cirka 1 400, 700, respektive 450 fall per år. Sjukdomarna skiljer sig åt, både vad gäller behandling, överlevnad och hur tidigt man får symtom.

Gynekologisk cancer börjar ofta med diffusa symtom, t.ex. smärtor och svullnad i buken, blödningar som inte har med menstruation att göra, eller att man behöver kissa ofta. Behandlingen består av kirurgi, cytostatika, strålbehandling, hormonbehandling eller en kombination av dessa. Det finns nationella vårdprogram för livmoderkroppscancer, äggstockscancer, livmoderhalscancer och vulvacancer. Det finns även ett gemensamt kvalitetsregister för all gynekologisk cancer.

Det är viktigt att upptäcka cancer och dess förstadier så tidigt som möjligt. Kvinnor som regelbundet deltar i screeningprogram för gynekologisk cellprovtagning sänker risken för att drabbas av livmoderhalscancer med ca 90 procent. Screening enligt det nationella vårdprogrammet kommer att stärka skyddet ytterligare. För övriga gynekologiska cancersjukdomar finns i dag ingen screening.

Regeringen bör återkomma med förslag som leder till att fler genomgår screening för gynekologisk cancer. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

I dag finns stora skillnader mellan regionerna i hur vården ser ut. Region Stockholm/Gotland rapporterar en deltagandegrad i studier vid primär sjukdom på 19,1 procent, medan Sydöstra regionen har en deltagandegrad på 1,4 procent. I landet som helhet är det ca 7,4 procent av alla patienter med primär gynekologisk cancer som deltar i kliniska studier. Deltagande i denna typ av studier är avgörande för att få fram nya behandlingsmetoder och läkemedel som prövas och godkänns. Studier spelar en avgörande roll för framsteg inom medicinsk vetenskap, men även för patienternas direkta överlevnad och livskvalitet.

Regeringen bör återkomma med förslag om att stärka vården för gynekologisk cancer och göra den jämlik över i hela landet. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

14.3 Avgiftsfri mammografi utan övre åldersgräns

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i västvärlden och ökar dessutom. Totalt ställs drygt 61 000 cancerdiagnoser varje år i Sverige. Av dessa är över 9 000 bröstcancerdiagnoser. Till skillnad från många andra cancerformer är bröstcancer vanlig redan i 50–60-årsåldern och förekommer även hos kvinnor som är yngre än så.

Cirka 80 procent av alla som får en bröstcancerdiagnos är över 50 år. Samtidigt som bröstcancer blir vanligare, ökar chansen att överleva sjukdomen. Att allt fler kan botas anses framför allt bero på förbättrad behandling och mammografikontrollerna som gör att bröstcancer upptäcks tidigare. Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks vid screening med mammografi och tre fjärdedelar av tumörerna upptäcks hos kvinnor som är 55 år eller äldre, samtidigt som var femte kvinna som drabbas av bröstcancer är över 74 år. Två av tre fall i ålderskategorin 40–74 år upptäcks tack vare screening.

Vänsterpartiet har tillsammans med den tidigare regeringen infört avgiftsfri mammografi i hela landet för kvinnor mellan 40 och 74 år. Åldersgränsen är baserad på Social-

styrelsens rekommendationer om åldersgränser. Rekommendationerna motiveras med att det inte gått att bevisa att bröstcancerscreening för kvinnor över 74 år skulle minska dödligheten hos äldre. Detta beror i sin tur på att det inte finns några studier om bröstcancerscreening för gruppen. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till andra data, eller efterlyst nya studier eller pilotprojekt. Det beklagar Vänsterpartiet.

Mot bakgrund av att medellivslängden ökat och att flertalet av de förändringar som hittas bland äldre kvinnor är just cancer som behöver behandlas finns det skäl att se över rekommendationerna. Det får inte förekomma åldersdiskriminering i cancervården.

Regeringen bör arbeta aktivt för jämlik mammografi även för kvinnor över 74 år för att motverka åldersdiskriminering. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

15 Dyra behandlingar och läkemedel

I dag saknas fungerande kostnadsmodeller för dyra och specialdesignade läkemedel och långvariga behandlingar riktade mot små patientgrupper. Därmed riskerar människor med svår och allvarlig sjukdom att bli utan behandling då de inte anses vara tillräckligt kostnadseffektiva.

För Vänsterpartiet är det viktigt att alla ska ha rätt till en jämlik och bra sjukvård. Den grundläggande principen är att vården ska ges utifrån människors behov, inte om man t.ex. har en privat försäkring eller egna medel som möjliggör privata lösningar och utlandsflytt.

Alla ska kunna lita på sjukvården i Sverige. Vänsterpartiet avsätter 500 miljoner kronor i sin budgetmotion för 2025 (mot. 2024/25:1924) till en nationell pott för nya och sällan förekommande läkemedel. Vi vill vidare att regeringen ska utreda förutsättningarna för att staten ska ha ett särskilt stöd till regionerna för de behandlingsmetoder och mediciner som är extra kostsamma.

Regeringen bör utreda förutsättningarna för att staten ska ha ett särskilt stöd till regionerna för de behandlingsmetoder och mediciner som är extra kostsamma. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

15.1 Farmaceut på distans

I dag krävs att en farmaceut är närvarande på ett apotek för att det ska kunna hålla öppet. Det finns arbetsmoment på apotek, exempelvis hantering av receptbelagda läkemedel, som kräver en farmaceut. Denne behöver inte vara på samma plats som kunden, det räcker att de kan kommunicera med varandra på något sätt. Ett fåtal arbetsmoment kräver att farmaceuten är på samma plats som läkemedlen för att kontrollera hållbarhet och etiketter. Det är också lämpligt att de finns närvarande för att säkerställa att läkemedel hanteras korrekt och enligt gällande regelverk.

Den rådande bristen på farmaceuter, i kombination med de krav som beskrivs ovan, gör att vissa apotek kan behöva stängas, trots att de behövs, bär sig ekonomiskt och har tillräckligt kundunderlag. En modell som skulle kunna användas för att möta detta problem kallas farmaceut på distans. Det innebär att en farmaceut möter kunden digitalt och erbjuder samma service som vid ett fysiskt möte. Arbetsuppgifterna som innebär kontroller av läkemedel kan antingen delegeras eller genomföras när en farmaceut kan

vara på plats. Vänsterpartiet anser att denna modell bör utredas, av Läkemedelsverket eller annan lämplig myndighet.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utreda hur en modell med farmaceuter på distans kan testas i Sverige. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

16 Regeringens attacker på hälso- och sjukvården

Den nuvarande regeringen bygger på ett samarbete mellan delar av den forna Alliansen och Sverigedemokraterna – det organiserade kapitalets och den organiserade rasismens parlamentariska företrädare. Politiken blir därefter: Alliansens nedskärningar, men nu med etniska förtecken. Trygghetssystem ska utarmas, välfärden urholkas och underfinansieras och stora vinstuttag ur densamma ska möjliggöras för att finansiera skattesänkningar för höginkomsttagare.

Alliansregeringen riktade sina attacker mot sjuka och arbetslösa. När sjukförsäkringen och a-kassan skulle nedmonteras beskrevs dessa grupper som lata, simulanter och belastningar för samhället. Därmed blev nedskärningarna lättare att motivera.

I Tidöavtalet har utrikesfödda fått ta över rollen som syndabock för Sveriges alla problem. Genom att utmåla dem som inte fötts här som ett hot och en belastning blir det lättare att villkora deras välfärd och rättigheter. Att montera ned trygghetssystem, välfärden och rättighetsskydden är lättare att motivera om man pekar på vissa grupper och börjar där. Inom hälso- och sjukvården blir denna politik som tydligast i regeringens förslag om att införa en angiverilag och att begränsa rätten till tolktjänster.

16.1 Begränsad rätt till tolktjänst

Regeringen har sagt sig vilja begränsa rätten till offentligt finansierad tolk för personer med uppehållstillstånd och svenskt medborgarskap. Utgångspunkten ska vara att den enskilde i första hand ska betala för tolktjänster och det ska övervägas att införa en avgift för nyanlända efter att en viss tid förflutit sedan uppehållstillstånd beviljats.

Att begränsa rätten till offentligt finansierad tolk skulle få stora negativa konsekvenser. Människor kommer inte att få tillgång till den vård de har rätt till och patient-säkerheten skulle hotas. En del patienter skulle själva behöva betala för tolk. Andra skulle söka vård först när en allvarlig sjukdom förvärrats, eller helt avstå från att söka vård. En del skulle ha med sig tolkande anhöriga, vilket i sig kan göra tolkningen osäker och vara etiskt problematiskt om ett barn ska tolka åt sin förälder eller en man tolka åt sin fru. Bristande tolkning kan också påverka vårdpersonalens arbetsmiljö och möjligheter att göra sitt jobb på ett tillfredsställande sätt. Det råder en stor oro inom samtliga fackförbund som företräder vårdarbetarna. Ännu har regeringen inte agerat i frågan. Vänsterpartiet hoppas att det beror på att den har övergett idén helt och hållet. I motion 1932 Språk och litteratur skriver vi mer om rätten till tolk.

16.2 Angiverilagen

I syfte att angripa det s.k. skuggsamhället ämnar regeringen föreslå införandet av en angiverilag och lägga grunden för ett angiverisamhälle. Tanken är att personal inom skola, sjukvård och socialtjänst m.m. ska vara skyldiga att rapportera till polisen och Migrationsverket när de kommer i kontakt med människor som vistas i Sverige utan tillstånd.

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården, både offentlig och privat, arbetar under sekretess och tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden skyddas av sekretess. Sekretessen regleras av offentlighets- och sekretesslagen för dem som arbetar inom staten, regionerna och kommunerna medan de som arbetar hos en privat vårdgivare ska följa reglerna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Innebörden av dessa regler är dock mycket lik. Dessutom stipuleras i hälso- och sjukvårdslagen att vård alltid ska ges efter behov. Den i störst nöd ska prioriteras först. Att införa anmälningsplikt för anställda inom sjukvården betyder att dessa lagar kan komma att behöva ändras.

Samhällsbärande institutioner har inte varit sena att kritisera förslaget. Samtliga av de stora fackförbunden har gått ut med hård kritik. Exempelvis anser Vårdförbundet att en angiverilag bryter mot tystnadsplikten, etik och moral, som är grunden inom arbetet med vård och omsorg. Stora regioner har redan gått ut med att de aldrig kommer att ställa ett sådant krav på offentliganställda. En grupp anställda inom hälso- och sjukvården har startat den nationella sjukvårdskampanjen ”Vi anger inte”, med det tydliga budskapet att de vägrar gå med på eventuella framtida lagkrav på att ange papperslösa patienter till polis och Migrationsverket. Sahlgrenska universitetssjukhuset har gått ut med en policy om att personalen inte ska kontakta Migrationsverket eller polis när de varit i kontakt med papperslösa.

Än så länge har svaret på denna kritik varit otillräckligt från regeringen. Att utreda huruvida det kan finnas särskilda situationer där en anmälan skulle strida mot ömmande värden betyder långt ifrån att samtliga anställda inom sjukvården ska undantas. Grundproblematiken är just att undantag inte kan begränsas till enskilda situationer. Hälso- och sjukvård är baserad på fundamentala principer om medicinsk etik. En anmälningsplikt riskerar därför inte bara att få praktiska konsekvenser av att färre skulle vilja arbeta i sjukvården utan riskerar även att radera de etiska principer som en lång tradition av medicinsk forskning utvecklat. Vänsterpartiet kräver att förslaget helt ska dras tillbaka.

17 Stöd till sjukvården i Gaza

I augusti 2024 meddelade regeringen att den kommer att ge ett stöd på närmare 10 miljoner kronor för att bidra till återuppbyggnaden av barnsjukhuset Okhmatdyt i Kiev. Beskedet kom efter att Ryssland den 8 juli attackerade sjukhuset. Flera personer dödades och ytterligare skadades allvarligt i attackerna. Delar av sjukhuset förstördes helt och behovet av uppbyggnad är stort.

Sveriges bistånds- och utrikeshandelsminister Johan Forssell kommenterade förslaget med orden: ”Ännu en gräns passerades när Ryssland attackerade ett barnsjukhus i Kiev. Jag är stolt över att vi från Sveriges håll kommer vara med och bidra till sjukhusets

uppbyggnad. Det här initiativet är ett fint exempel på hur vi kan samarbeta mellan stat och näringsliv för att tillsammans bidra till Ukrainas motståndskraft.”²⁵

Vänsterpartiet välkomnar regeringens satsning. Att bidra till återuppbyggnaden och skyddet av sjukvården är en central del i ansträngningarna att värna civila liv i en konflikt. Därför undrar vi när regeringen kommer att anse att någon gräns har passerats för den israeliska regeringens brutala attacker mot Gaza.

Över 40 000 palestinier har dödats under det senaste året, de flesta kvinnor och barn. Ofattbara 93 000 personer beräknas vara skadade. Samtidigt har sjukvårdssystemet helt kollapsat och mer än hälften av Gazas sjukhus är helt ur funktion. Resterande 17 sjukhus fungerar knappt, med en enorm överbeläggning av patienter, samtidigt som brist på bränsle, mediciner och medicinsk utrustning gör det livräddande arbetet i princip omöjligt.²⁶

Redan i maj bad EU:s hälsovårdskommissionär Stella Kyriakides, samt kriskommissionär Janez Lenarcic, EU:s medlemsländer om hjälp. WHO har identifierat ca 10 000 svårt sjuka personer som är i behov av vård, varav EU då uppmanades att ta emot 109. Det är patienter som är svårt sjuka och skadade, samt patienter med kroniska sjukdomar som inte kan få livsnödvändig behandling i Gaza. I juli evakuerades 16 palestinska barn och deras anhöriga via Egypten till Spanien, vilket visar att det rent praktiskt går att få ut patienter i nöd från Gaza. Flera länder, såsom Norge, Rumänien, Italien och Spanien, har sagt ja till att hjälpa till. Men den svenska regeringen säger nej.

Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm har sagt till DN att de är villiga att hjälpa till och att de har plats. Sjukhusläkarna uppger också att det skulle gynna svensk sjukvård att ta emot patienterna, då svensk sjukvård behöver öva på att ta hand om krigsskadade patienter för det fall Sverige skulle hamna i krig i framtiden.

Sverige reagerade snabbt vid Rysslands brutala attack på Ukraina. Vi tvekade inte att ta emot patienter därifrån och nu har fler än 185 ukrainare fått nödvändig vård i Sverige, en rimlig sak att göra när ett land ockuperas och sjukvården i stora delar slås ut.

Vänsterpartiet är mycket kritiskt mot regeringens besked. Skillnaderna i hur regeringen behandlat civila som drabbats av Rysslands anfallskrig mot Ukraina och Israels attacker mot Gaza är talande för den människosyn den representerar och ytterst beklagligt. Vänsterpartiet anser att regeringen bör ge Gazas svårt sjuka och skadade sjukvård i Sverige.

Regeringen bör ge Gazas svårt sjuka och skadade sjukvård i Sverige. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Nooshi Dadgostar (V)

Andrea Andersson Tay (V)

Andreas Lennkvist Manriquez (V)

Daniel Riazat (V)

Samuel Gonzalez Westling (V)

Isabell Mixter (V)

Vasiliki Tsouplaki (V)

²⁵ <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/08/sverige-stodjer-ateruppbyggnaden-av-barnsjukhuset-i-kirov/>.

²⁶ OCHA (2024-09-04) OCHA calls on Security Council to "end the suffering" in Gaza, West Bank.

Karin Rågsjö (V)