

Motion till riksdagen 2021/22:3809

av Per Ramhorn m.fl. (SD)

En tillgänglig sjukvård i världsklass

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att staten ska ta ett större ansvar för att komma till rätta med effekterna av pandemin, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att Socialstyrelsen får ett särskilt samordningsansvar (vårdgarantikansli) för vårddköerna, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att en nationell väntelista ska införas för de behandlingar och operationer med längst vårddköer och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att avtal upprättas med vårdgivare inom telemedicin både nationellt och internationellt och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utveckla och stimulera digitala vårdkontakter för att möta patienternas behov av vård på distans och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utvidga patientlagen så att patienter har rätt att söka slutenvård i andra regioner än där man är skriven, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vidareutveckla 1177 så att patienten där kan hitta väntetider samt jämförbara kvalitetsdata för alla vårdgivare, oavsett regi, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att dimensioneringen av intensivvårdsplatser ökar och dess styrning intensifieras nationellt och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att inrätta ett nationellt kompetenscentrum och tillkännager detta för regeringen.

10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ta fram en nationell handlingsplan för hantering av långtidscovid och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ta fram en nationell återhämtningsstrategi för att motverka risk för psykisk ohälsa hos vård- och omsorgspersonal och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att den statliga utredning som ser över vårdmomsen skyndas på och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en nationell rehabiliteringssamordnare och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att rehabilitering ska bli en del av vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att rehabiliteringssamordnaren bör kartlägga brister, sprida goda exempel och föreslå nödvändiga reformer för bättre samverkan och tydligare ansvar, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att rehabiliteringssamordnaren bör analysera ojämlikheterna och lägga förslag på åtgärder för ökad jämlikhet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kartlägga pandemins påverkan på rehabilitering samt lägga förslag på hur rehabiliteringen kan följas upp långsiktigt och systematiskt och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att göra det lättare för de patienter som själva väljer att söka planerad vård i andra länder, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lämpliga myndigheter bör ta fram nationella riktlinjer för vad som ska räknas som trängsel i kollektivtrafik och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en gemensam nationell styrning och övergripande ansvar i en pandemisituation och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för en mer tillgänglig vård och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt korta väntetiderna inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en likvärdig och evidensbaserad sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för att patienter ska ha rätt att välja slutenvård i hela landet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående vidta åtgärder för att vårdgarantin ska efterlevas och säkerställas och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående vidta åtgärder för att korta den nuvarande vårdgarantin från 183 dagar till max 30 dagar och tillkännager detta för regeringen.

27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående vidta åtgärder för ett tydligare ansvar för vårdgivaren och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt tydliggöra i hälso- och sjukvårdslagen att vårdgivarna ska arbeta aktivt med att vårdgarantin ska efterlevas och säkerställas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt stärka patienternas rättsliga ställning i sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt införa patienträttigheter som begrepp inom vården och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att varje invånare ska få en namngiven läkare och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett tak för hur många patienter en läkare kan ha listade och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen att regioner (vårdgivare) aktivt ska arbeta med att vårdgarantin efterlevs och säkerställs, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att en modern nationell it-plattform skapas som kan ta emot information från alla vaccinatörer, oavsett vilket journalsystem som används, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det ska vara möjligt att få fram nationell och regional statistik ur befintliga system och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ett samlat vaccinationsregister ska inkludera både nationella program, resevaccinationer, kompletterande vaccinationer och riskgruppsvaccinationer och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det i journalsystemet måste framgå vilka vaccinationer som är givna på annan ort och registrerade i ett annat journalsystem och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att man på individnivå, i sin digitala patientjournal, ska få information om vilka vaccin man fått och om det finns behov av ytterligare doser och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vaccinationsregistreringen ska vara enkel att använda vid behov i samband med massvaccinationer och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att information om biverkningar ska kunna föras över till Läkemiddelsverkets biverkningsregister och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att ordination om uppföljande vaccination ska synas i olika journalsystem och tillkännager detta för regeringen.

42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vaccinatören ska få fram information om tidigare givna vacciner på individnivå, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att nationella myndigheter på ett samlat sätt ska kunna följa vaccinationstäckning, biverkningar och effekten av vaccinationer på sjukdomsförekomsten, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att regionala myndigheter ska kunna följa vaccinationstäckningen i sitt geografiska område, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att data från tidigare vaccinationsregister migreras till ett gemensamt vaccinationsregister för vaccinatörer och allmänhet och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det gemensamma vaccinationsregistret ska säkerställa att historiska uppgifter lätt kan tas fram och hanteras vid intygsskrivning samt att historiska data inte försvinner, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att öka antalet vårdplatser och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett lagstadgat tillgänglighetskrav för ambulanser för att säkerställa att skadade och svårt sjuka patienter ska nås inom en viss tid, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att fler regioner inför systemet Sms-livräddare, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om föräldrars tillgång till vårdguiden 1177 och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för förstärkning av förlossningsvården, eftervården och barnsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder så att alla som har behov av palliativ vård ska kunna få det av kompetent och välutbildad personal, oberoende av bostadsort, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för att barn, oavsett bostadsort, ska ha samma rätt till palliativ vård som vuxna, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för att införa nationella riktlinjer för terminal sedering och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast verka för att regionerna tar över ansvaret för missbruksvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för kostnadsfri slutenvård för personer som är 85 år och äldre, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en jämlik diabetesvård och tillkännager detta för regeringen.

58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en individuell, kunskapsbaserad och tillgänglig diabetesvård och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för allergivården och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge lämplig myndighet i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum om matallergi och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att pollenmätningarna ska få en statlig finansiering och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att tandvårdskostnad som överstiger 1 000 kronor i högkostnadsskyddet för den enskilde ska subventioneras med 50 procent samt en förlängning av tidsperioden och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att introducera fler nationella screeningprogram och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det ska bli obligatoriskt att erbjuda mammografi även till kvinnor över 74 år och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den övre åldersgränsen på 65 år bör höjas så att även äldre kvinnor får delta i screeningprogrammet för livmoderhalscancer, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram ett nationellt vårdprogram för en jämlik endometriosvård och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att konceptet med endometriosteamb ska standardiseras inom svensk hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att endometrioscentrum ska finnas tillgängliga i alla Sveriges regioner och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att endometriosdrabbade ska erbjudas stöd och råd av kontaktansvarig sjuksköterska eller barnmorska och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för en samordning för förebyggande åtgärder rörande oönskade graviditeter och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förslag på åtgärder för hur man minskar de sena aborterna, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en nationell utredare för att ta reda på varför Sverige har ett högt antal ofrivilliga graviditeter och aborter jämfört med våra nordiska grannländer, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående förbättra arbetsmiljön och villkoren för personal som arbetar inom vården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra vårddyrkenas status och tillkännager detta för regeringen.

75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkra kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka antalet vårdservicepersonal inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vårdnära administratörer övertar administrativt arbete från läkare och sjuksköterskor, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för en utökad möjlighet till heltid inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för en utökad möjlighet till deltid inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för att avveckla det oönskade skiftarbetet och de delade turerna inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt vidta åtgärder för att slopa karensdagen för personal inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en nationell handlingsplan för nolltolerans mot hot och våld mot vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa säkerhetsklassade vårdplatser för riskpatienter och tillkännager detta för regeringen.
84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten att utreda och kostnadskalkylera ett nytt system för att förbättra villkoren för läkare och sjuksköterskor i glesbygden och tillkännager detta för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att utöka lagen om registerkontroll så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att inrapportering av statistik och väntetider ska ske till en statlig myndighet och tillkännager detta för regeringen.
87. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en nationell väntelista för behandlingar och operationer med längst vårdköer och tillkännager detta för regeringen.
88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att väntetider ska rapporteras in på individnivå och tillkännager detta för regeringen.
89. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för en nationell väntetidsdatabas som uppdateras dagligen och tillkännager detta för regeringen.
90. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna att skyndsamt överföra specialistsjukvården i statlig regi för att minska vårdköerna och tillkännager detta för regeringen.
91. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna för en långsiktig och hållbar kompetens- och löneutvecklingstrappa 2022–2030 för vårdpersonal oavsett region och tillkännager detta för regeringen.

92. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillsätta en statlig samordnare för hur en omfattande sjukvårdsreform ska genomföras med start 2023, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
93. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att genomföra en genomgående översyn och omstrukturering av regionernas nuvarande funktion och uppdrag med avslut 2026 och tillkännager detta för regeringen.
94. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för mer bindande nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
95. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om medborgarskapets betydelse för rätten till subventionerad vård och tillkännager detta för regeringen.
96. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om heltäckande sjukförsäkring och tillkännager detta för regeringen.
97. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bosatta utlänningars rätt till sjuk- och tandvård och tillkännager detta för regeringen.
98. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om asylsökandes och nyanländas rätt till sjuk- och tandvård och tillkännager detta för regeringen.
99. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om turisters och andra utlänningars rätt till sjuk- och tandvård och tillkännager detta för regeringen.
100. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att införa obligatorisk hälsoundersökning för asylsökande och tillkännager detta för regeringen.
101. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbjuda icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar och tillkännager detta för regeringen.
102. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vidta åtgärder för att tolkning av främmande språk inom sjukvården och tandvården ska vara avgiftsbelagd för personer som varit bosatta i Sverige i mer än tre år, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
103. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast möjligt verka för att avgiften för tolkning inom vården ska vara den genomsnittliga omkostnaden för en tolkanvändning inom sjukvården och tandvården och tillkännager detta för regeringen.
104. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det alltid är läkaren eller annan medicinskt ansvarig personal som bedömer om tolkbehov föreligger, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
105. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att det inte ska vara tillåtet att använda barn under 18 år för tolkning, undantaget vid akut eller livshotande tillstånd, och tillkännager detta för regeringen.
106. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett fullständigt betalningsansvar för tolkning inom sjukvården och tandvården för personer som inte vill använda den tolk som sjukvården eller tandvården erbjuder, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
107. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kirurgiska ingrepp och hormonbehandling vid behandling av könsdysfori inte ska genomföras på personer under 25 års ålder och tillkännager detta för regeringen.
108. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en oberoende utredning för att granska den könsbekräftande vården i Sverige och tillkännager detta för regeringen.

109. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att samtalsterapi och psykologisk utredning ska standardiseras som primära insatser vid behandling av könsdysfori och tillkännager detta för regeringen.
110. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram nationella riktlinjer för att göra den könsbekräftande vården mer jämlik och tillkännager detta för regeringen.
111. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för riktade insatser för att möta den psykiska ohälsan hos hbt-plus-personer och tillkännager detta för regeringen.
112. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se över hur arbetet med att motverka förekomsten av neonatal herpes simplexencefalit kan stärkas och tillkännager detta för regeringen.
113. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skyndsamt ta fram en nationell handlings- och samordningsplan för området sällsynta diagnoser och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Den svenska hälso- och sjukvården ska erbjuda de senaste kunskaperna, beprövade och avancerade behandlingsmetoder, den senaste tekniken och väl fungerande läkemedel. Allt detta behövs för att på bästa sätt kunna bota, lindra och förebygga sjukdom och ohälsa. Det är också viktigt att sjukvården kontinuerligt utvecklas och förnyas, att såväl fysiska som psykiska sjukdomar behandlas, samt att patienter får en kvalificerad vård under hela livet – från den dag de föds till den dag de eventuellt behöver vård i livets slutskede.

Patienter ska få rätt vård, i rätt tid, på rätt plats och efter sina särskilda behov. Den skattefinansierade sjukvården har bara legitimitet om den kan leva upp till hälso- och sjukvårdslagets ambitioner. God tillgänglighet är en fråga om patientsäkerhet.

En svensk sjukvård som åstadkommer goda medicinska resultat är värd att vara stolt över. För att nå målet om en sjukvård i världsklass krävs även att tillgängligheten säkras, över hela landet och inom hela verksamheten. En stor variation i tillgänglighet, både mellan olika regioner och mellan olika vårdområden, skapar orättvisor och bristande förtroende. Korta väntetider, å andra sidan, bidrar till ett starkt förtroende för vården och ökar hälso- och sjukvårdens samlade legitimitet hos befolkningen.

Covid-19

Coronapandemin har satt sjukvården under stor press. Många besök, utredningar, operationer och behandlingar har ställts in eller skjutits upp under den senaste tiden. Mer än hälften av patienterna som stod i operationskö i juni och juli hade fått vänta mer än 90 dagar. Det var första gången under det senaste årtiondet som mer än 50 procent av de köande inte fick vårdgarantin uppfylld. Sverige hade redan före pandemin, under lång tid, haft stora problem med kroniskt långa vårdköer. Redan innan vi gick in i pandemin stod 113 000 patienter i kö till operation och åtgärd i specialistvården.

Regeringens misslyckande att korta vårdköerna har orsakat stort mänskligt lidande både för de enskilda patienterna och för deras anhöriga.

Samhället har alltid ett ansvar för sina medborgare, och det ansvaret innebär också att samhället på alla sätt och vis ska se till att medborgarna får en tillgänglig och säker sjukvård som minskar deras lidande. Varje enskild region kommer inte klara av att korta vårdköerna och erbjuda en jämlik vård till sin befolkning. Det är dags att se landets sjukvård som en helhet och att ta ett samlat grepp om köerna. Staten måste ta ett större ansvar för att komma till rätta med effekterna av pandemin.

Vårdgarantikansli och nationell väntelista

Socialstyrelsen bör få ett särskilt samordningsansvar (vårdgarantikansli) för vårdköerna och en nationell väntelista ska införas för de behandlingar och operationer som har längst vårdköer. Vårdgarantikansliet bör också ta fram underlag och upprätta samverkansavtal med olika vårdgivare, offentliga och privata, svenska och utländska, för att kunna öka vårdkapaciteten inom såväl behandling som operation och rehabilitering.

Upprätta fler avtal inom telemedicin

Det bör också upprättas avtal med vårdgivare inom telemedicin, både nationellt och internationellt, eftersom det idag är stor brist på radiologer. Detta medför att undersökningar och behandlingar försenas. Med distansgranskning kan vårdkapaciteten ökas ytterligare.

Utveckla digitala vårdkontakter

Under covid-19-pandemin har vi sett en snabb utveckling av digitala vårdkontakter, vilket har lett till ökad tillgänglighet för patienterna. Det har dessutom bidragit till att minska smittspridning i samhället. Det är angeläget att fortsätta att utveckla och stimulera digitala vårdkontakter för att möta patienternas behov av vård på distans.

Utvidga patientlagen

Till följd av pandemin bör man också utvidga patientlagen så att patienter har rätt att söka slutenvård i andra regioner än där de är skrivna. För att underlätta för patienten att söka vårdgivare i en annan region bör man vidareutveckla 1177 så att patienten där kan hitta väntetider, samt jämförbara kvalitetsdata för alla vårdgivare, oavsett regi.

Intensivvårdsplatser bör öka

I samband med utbrottet av covid-19 har även frågan om intensivvårdsplatser aktualiserats. Sverige har få intensivvårdsplatser i förhållande till jämförbara länder i Europa. Den vårdskuld som nu byggs upp, med inställda operationer, kommer att leda till ett större behov av iva-platser även när pandemin är över. Dessutom saknas en nationell lägesbild. Statistiken är bristfällig och det finns inte fullt ut fullständiga uppgifter om hur stor andel av vårdplatserna inom slutenvården som är iva-platser. Därför behöver dimensioneringen av intensivvårdsplatser öka och dess styrning behöver intensifieras nationellt.

Långtidscovid kan drabba personer som har haft en covid-19-infektion, och är en ny multisystemisk sjukdom. Cirka 10 procent av de som testats positivt för covid-19 blir långtidssjuka. Sjukdomsbilden är väldigt komplex och en rad organsystem i kroppen påverkas. Samhällets kostnader för långtidscovid kan väntas bli mycket höga. Därför måste vården och forskningen ges goda möjligheter att möta behoven. Sverige ligger efter ett flertal andra länder när det kommer till hanteringen av långtidssjuka, och likaså när det gäller utvecklandet av expertis på området. Av den anledningen anser vi det vara ytterst angeläget att skyndsamt främja verkningsfulla och kunskapsbaserade åtgärder.

Nationellt kompetenscentrum

Socialstyrelsen ska uppdras att etablera ett nationellt kompetenscentrum på området långtidseffekter av covid-19. Det nationella kompetenscentrat ska syfta till att stimulera en nationell kunskapsutveckling inom det aktuella verksamhetsområdet. Resultaten av centrats arbete ska vara till nytta för yrkesverksamma inom primärvården och den specialiserade vården, i deras direkta möten med patienter som drabbats av långtidseffekter efter genomgången covid-19.

Nationell handlingsplan för hantering av långtidscovid (forskning/kunskapspridning)

Sverige behöver en nationell handlingsplan med tydliga riktlinjer för utredning, behandling och rehabilitering vid långtidscovid. Den nationella handlingsplanen bör innehålla ett utökat anslag till forskningen inom området långtidseffekter av covid-19. Socialstyrelsen ska uppdras att utveckla och sprida kunskap om långtidseffekter av covid-19, bland annat genom en nationell informationskampanj om långtidseffekterna. I Socialstyrelsens uppdrag ska även utveckling och spridning av relevanta kunskapsstöd ingå, för att ge ett utarbetat kunskapsstöd till yrkesgrupper som möter personer med långtidseffekter av covid-19 i sitt arbete.

En nationell återhämtningsstrategi för att motverka risk för psykisk ohälsa hos vård- och omsorgspersonal

Pandemin har medfört en stor belastning på vård- och omsorgspersonal (sjuksköterskor, läkare, ambulansförare, hemtjänstpersonal med flera) liksom flera andra yrkesgrupper som tilldelats nya pandemirelaterade arbetsuppgifter. Långa arbetsdagar under svåra omständigheter är välkända riskfaktorer för sjukskrivning. All personal som arbetar nära smittade och som exponeras för tragiska dödsfall och lidande löper hög risk att drabbas av stressreaktioner. Under pandemin har personalen utsatts för en ovanligt hög nivå av påfrestande händelser under långa perioder. Det behövs en nationell strategi för att skydda psykisk hälsa och minska risken för nedsatt arbetskapacitet hos vårdpersonal när de utför sitt nödvändiga arbete under covid-19-pandemin.

Se över vårdmomsen

Vårdmomsen innebär kraftiga fördyrningar av verksamheten för vårdgivare som anlitar legitimerad vårdpersonal som är egenföretagare eller inhyrd. I ett läge när sjukvården snabbt behöver öka kapaciteten under en period är vårdmomsen ett allvarligt hinder. Den statliga utredning som ser över vårdmomsen ska inte vara klar förrän i april 2022. Med tanke på den stora vårdskulden behöver lagändringar komma på plats snabbare.

Nationell rehabiliteringssamordnare och rehabilitering en del av vårdgarantin

Sju av tio patienter med långvariga folksjukdomar har fått mindre rehabilitering under coronapandemin. Utebliven eller bristfällig rehabilitering ökar det framtida vårdbehovet och gör det svårare att komma tillbaka i arbete. Det finns alltså goda samhällsekonomiska skäl att satsa på rehabilitering. Det krävs kraftfulla och snabba satsningar på rehabilitering. Alternativet innebär omfattande lidande för patienterna, högre tryck på sjukvården och ökade kostnader för skattebetalarna. Vi anser att regeringen bör tillsätta en nationell rehabiliteringssamordnare, som bland annat har till uppgift att ta fram förslag om ökad samverkan, jämlik rehabilitering och förstärkt uppföljning. Dessutom anser vi att rehabilitering ska bli en del av vårdgarantin. Patienter som exempelvis får en stroke eller hjärtinfarkt ska garanteras rehabilitering direkt i anslutning till vården.

Ersättning för vården samt förhandstillstånd

I ett läge där vårdköerna har ökat så kraftigt till följd av pandemin så måste man göra det lättare för patienter att själva kunna söka planerad vård i andra länder. De nuvarande reglerna för att få ett förhandstillstånd, för att inte själv behöva lägga ut pengar för en operation eller behandling, kräver att den vård man söker utomlands ingår i det allmänna sjukvårdssystemet i det land där vården ska ges. För att öka möjligheten till en snabbare vård i utlandet anser vi att även om den aktuella vårdgivaren inte är ansluten till landets allmänna vårdssystem, ska patienten kunna få ersättning för vården och få ett förhands-

tillstånd. Det viktiga är att behandlingsmetoden är internationellt vedertagen och att ersättningen inte blir högre än vad behandlingen skulle ha kostat i Sverige. Vi anser dessutom att maxtiden för att få ett förhandstillstånd ska sänkas till 30 dagar, och vid allvarliga diagnoser 14 dagar, i stället för dagens 3 månader.

Nationella riktlinjer för trängsel

Trots uppmaningar om att undvika kollektivtrafiken, är trängseln ofta stor i rusnings- trafik inom kollektivtrafiken runt om i landet, vilket kan innebära en ökad smittorisken av covid-19. Skolstart och fler som återgår till arbetsplatserna efter semestern är några förklaringar till att trängseln har ökat. Det kan vara svårt för både resenärer och förare att veta vad som ska klassas som coronaträngsel. Därför bör lämpliga myndigheter, såsom Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen, ta fram nationella riktlinjer för vad som ska räknas som trängsel i kollektivtrafik, och därmed minska smittorisken av covid-19.

Gemensam nationell styrning och övergripande ansvar i en pandemisituation

Sjukvården och omsorgen styrs av en uppsättning regler som myndigheter tar fram, t.ex. Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket, och av lokala regler som kommuner och regioner utfärdar. Men i en kris måste det vara tydligt och klart vilken tolkning av reglerna som vården och omsorgen ska följa. Här har den svenska strategin misslyckats totalt. Ett exempel på detta är frågan om huruvida munskydd eller visir var den adekvata skyddsutrustning som vårdens medarbetare behövde, och där myndigheterna i början var av olika uppfattning. Det skapade en mycket stor osäkerhet, där fokus fick läggas på att reda ut vad som egentligen gäller snarare än på omsorgen. Här behövs en gemensam nationell styrning som har det övergripande ansvaret och mandatet rörande vad som gäller i en pandemisituation.

Listning på namngiven läkare och listningstak

Varje invånare ska få en namngiven läkare som man kan vända sig till vid behov, så att patienten och andra professioner vet vem som är medicinskt ansvarig. Detta förutsätter att invånarna listar sig hos en läkare och inte på en vårdcentral. För att säkra den medicinska kvaliteten, tryggheten för patienten och en rimlig arbetsbelastning för läkarna och andra professioner i primärvården, behövs det ett tak för hur många patienter en läkare kan ha listade. Det taket kan självfallet variera beroende på socioekonomisk sammansättning av patientunderlaget och vilka diagnoser som dominerar.

Tydligare ansvar för vårdgivaren

En för landet gemensam vårdgaranti infördes i hälso- och sjukvårdslagen från och med den 1 november 2005. Målet med vårdgarantin är att öka tillgängligheten till planerad vård samt att avveckla köer och väntetider. Många regioner och vårdgivare lever inte upp till vårdgarantins tidsram. Därför anser vi att det ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen att regionerna (vårdgivare) aktivt ska arbeta med att vårdgarantin efterlevs och säkerställs.

Nationellt vaccinationsregister

Vaccination är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna mot infektionssjukdomar. Befolkningen vaccinerar sig inom barnhälsovården, elevhälsan, primärvården, företagshälsovården, sjukhusvården och hos privata vaccinatörer under olika skeden i livet. Det går i dag inte att få en samlad bild av vilka vacciner individen fått, och det är stora problem att få vaccinationsstatistik på befolkningsnivå. Det går inte heller att få fram vaccinationsdata på individnivå, eftersom man använder olika journalsystem för registrering hos olika vaccinatörer (även inom samma län) och systemen inte kommunicerar med varandra. Därför behöver det vidtas åtgärder för att ta fram de IT-lösningar som krävs för att åstadkomma en väl fungerande vaccinationsregistrering. Målet med en gemensam plattform för vaccinationsregistrering är att förbättra möjligheterna att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar.

Öka antalet vårdplatser

Minskningen av antalet vårdplatser har varit ett kontinuerligt problem som ännu inte fått någon acceptabel lösning. Platsbrist leder till försämrad vård och risk för felaktiga diagnoser. Att komma till rätta med vårdplatsbristen är en av sjukvårdens enskilt viktigaste frågor.

Tillgänglighetskrav för ambulanser

Ambulanssjukvården har en oerhört viktig roll i omhändertagandet av akut sjuka och skadade patienter. Överlevnadsmöjligheterna är direkt relaterade till tiden från skada till att patienten kommer under kvalificerad vård. De senaste åren har tiden från larm till dess att ambulans kommer ökat. Det inte är acceptabelt att svårt sjuka och skadade patienter ska behöva vänta länge på en ambulans och därmed riskera livet. I ett flertal länder finns det lagstadgade tillgänglighetskrav och mål för hur skadade eller svårt sjuka patienter ska nås inom en viss tid. I Sverige finns inte några tydliga mål om eller krav på hur hög tillgängligheten till ambulanser ska vara. Sverigedemokraterna vill införa motsvarande lagstadgade tillgänglighetskrav även i Sverige.

SMS-livräddarefunktionen

När någon drabbas av hjärtstopp krävs insatser omedelbart om personen ska ha en chans att överleva. För varje minut som går minskar överlevnaden med 10 procent. Det krävs att någon larmar på nödnumret 112, men också att någon påbörjar hjärt-lungräddning (HLR) och använder sig av en hjärtstartare. SMS-livräddare kan här göra en stor insats i väntan på ambulans. Idag finns SMS-livräddarefunktionen i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Västmanland och Region Sörmland. Fler regioner är på gång, bland andra Region Blekinge och Region Östergötland. I Västra Götalandsregionen och Region Stockholm pågår forskning kring effekten av SMS-livräddare. Även Norrbotten har en liknande funktion, ”Mobilräddarna”.

Föräldrars tillgång till vårdguiden 1177

Det är ett barn fyller 13 år kan föräldern eller vårdnadshavaren inte längre sköta barnets ärende via sin egen inloggning på vårdguiden 1177. När barnet väl fyllt 13 år ska barnet på egen hand logga in istället. Barnet får då tillgång till sin journal och kan sköta sina ärenden gentemot vården. För föräldern eller vårdnadshavaren innebär detta kraftigt begränsade möjligheter att sköta kontakter digitalt. Detta har varit särskilt kännbart under pandemin, då köer till vårdcentraler varit långa och för familjer kunnat innebära begränsningar i att kunna beställa exempelvis covid-19-test till hela familjen. I de fall ett barn inte har tillgång till bank-id kan man inte nyttja tjänsten 1177 vårdguiden, utan tvingas kontakta vården telefonledes.

I Sverige är man som vårdnadshavare ansvarig för sitt barn tills dess att barnet fyllt 18 år. Det är därför märkligt att vårdnadshavaren inte kan hantera sitt barns ärenden via vårdguiden 1177. Rimligen borde det vara så att barn och föräldrar i samtycke kan ge föräldern godkännande från exempelvis 16 års ålder, och att föräldern faller bort helt när barnet fyllt 18 år. Regeringen bör utreda och analysera utfallet av nuvarande 13-årsgräns och återkomma till riksdagen med en justerad åldersgräns som mer harmonierar med myndighetsåldern 18 år.

Satsningar på förlossningsvården och barnsjukvården

Alla blivande mödrar ska ha tillgång till en god och patientsäker förlossningsvård, men så är det dessvärre inte alltid i dag. Sverige är ett land med stora avstånd, framför allt i glesbygd, men en patientsäker förlossningsvård ska ändå kunna garanteras i hela landet. Det finns ett stort behov av fortsatta satsningar på förlossningsvården för att blivande föräldrar ska kunna ges en trygg vård. I de fall det till följd av geografiska avstånd inte är möjligt att garantera tillgång till BB i närområdet, ska det finnas andra lösningar för att säkra patientsäkerheten inom förlossningsvården, oavsett var i landet man bor. Alla födande mödrar ska ha tillgång till säkra transporter, exempelvis i form av ambulanser som är speciellt utrustade för förlossningsvård.

Antalet platser för utbildning av barnmorskor bör öka. Det råder en stor brist på barnmorskor inom förlossningsvården. En barnmorska har alltid ansvar för två liv, kvinnans och barnets. Ofta ansvaras även för flera förlossningar samtidigt. Detta innebär att barnmorskan, hur gärna vederbörande än vill, inte kan ge det stöd som varje

enskilt par behöver. Även om intresset för yrket har minskat på senare år är antalet ansökningar fortfarande betydligt högre än antalet platser.

Palliativ vård

Alla som har behov av palliativ vård, alltså vård i livets slutskede, ska kunna få det av kompetent och välutbildad personal, oberoende av bostadsort. Vården vid livets slut ska präglas av värdighet, omtanke och respekt för patienten. Rätten till fullgod smärtbehandling ska vara en självklarhet, liksom psykologiskt, socialt och andligt eller existentiellt stöd för patienter och närstående.

Tyvärr drabbas även barn av cancer och andra svåra sjukdomar, och vart fjärde barn som drabbas av cancer kommer att dö av sin sjukdom. Mellan 400 och 500 barn och ungdomar dör årligen av olika sjukdomar. Många familjer önskar att deras svårt sjuka barn vårdas hemma så långt det är möjligt. Det är då av vikt att det finns tillgång till palliativa hemsjukvårdsteam, oavsett var i landet man bor, så att barn och föräldrar kan känna sig trygga med den medicinska behandlingen men också kan få psykologiskt stöd och råd i den extremt svåra situation de befinner sig i. Alla familjer vill inte att deras svårt sjuka barn ska vårdas hemma. Det är då viktigt att respektera det önskemålet och se till att andra möjligheter finns. I dag finns det bara ett enda hospis för svårt sjuka och döende barn i hela landet, med totalt åtta vårdplatser. Det är alltför lite för att täcka de behov som finns. Föräldrar som befinner sig i denna extremt svåra situation, med all den oro det innebär, ska inte behöva kämpa för att deras barn ska få rätt till en fullgod palliativ vård.

I den palliativa vården finns det möjlighet att få så kallad terminal sedering, vilket innebär att man söver patienten till djup sömn. I dagsläget finns det stora skillnader i olika delar av landet vad gäller användningen av terminal sedering. Eftersom terminal sedering är beroende av respektive behandlande läkares bedömning anser vi att det måste finnas tydliga regler eller lagstiftning för när detta ska användas. Därför anser vi att det bör finnas nationella riktlinjer för att uppnå likvärdig palliativ vård i hela landet. Terminal sedering kan utgöra en naturlig del i en god palliativ vård, och därför är det viktigt att det finns nationella riktlinjer. I dessa riktlinjer ska det också tas större hänsyn till patienternas önskemål.

Ansvar för missbruksvården

Missbruksutredningens slutsatser om att överföra ansvaret för missbruksvården till regionerna, istället för att som idag, ha ett delat huvudmannaskap mellan kommuner och regioner, är intressanta och tänkbara. I nuläget finns det en splittrad och otydlig behandlingsorganisation, som enligt experter inte tilltalar brukarna och som bland annat är dålig på att implementera nya metoder. Om ansvaret fortsätter att vara delat mellan olika huvudmän finns det en risk för att människor som behöver hjälp faller mellan stolarna. Undersökningar visar dessutom att en stor del av befolkningen skulle föredra att få hjälp mot sitt beroende via sjukvården, precis som vid andra typer av hälso-problem. Ett samlat huvudmannaskap är att föredra, där regionerna tar över ansvaret för missbruksvården.

Avgiftsfri slutenvård för personer 85 år eller äldre

Alla regioner ska kunna erbjuda kostnadsfri slutenvård till personer som är 85 år eller äldre. I dagsläget är kostnaden för slutenvård för patienter olika i olika regioner. Som mest kan man få betala 100 kr/dygn när man är inlagd på sjukhus och behandlas inom slutenvården. Det är orimligt att man som gammal ska behöva betala per dygn som man tillbringar på sjukhus. Det är dessutom orättvist att kostnaden för inläggning på sjukhus varierar över landet. För att måna om de äldre är det viktigt att säkerställa att de slipper betala för den tid som de är inlagda på sjukhus eller inom vården.

Jämlik diabetesvård

Diabetes är en av Sveriges mest vanligt förekommande folksjukdomar. Exakt hur många som har diabetes är emellertid inte fastställt. Det finns ett stort mörkertal, där många lever med oupptäckt typ 2-diabetes. Forskningen uppskattar att någonstans mellan 4 och 5,5 procent av befolkningen är drabbade av diabetes. Alla som lever med diabetes ska ha rätt till en god och likvärdig diabetesvård oavsett kön, bostadsort eller ekonomiska förutsättningar. Det innebär att behandling, bemötande och tillgång till personal, hjälpmedel och förbrukningsartiklar ska vara jämnt i hela landet och utgå från individens behov. Diabetesvården ska vara baserad på aktuell och beprövad kunskap, vara säker och tillgänglig. Diabetesvården ska även ge individen förutsättningar att ta ansvar för sin egenvård.

Nationella riktlinjer för allergivården

Astma och allergier är Sveriges vanligaste kroniska sjukdomar och berör hela livet. Trots att så många människor regelbundet behöver söka vård för sina symtom upplevs kunskapen i vården om astma- och allergidiagnoser som låg. Detta är en paradox. Till exempel finns inga nationella riktlinjer för allergivård och den följs inte heller upp i något kvalitetsregister. Denna okunskap och brist på riktlinjer och uppföljning leder till både bristande och ojämlik vård. Kvaliteten på vården du får beror i många fall på var du bor. Detta är oacceptabelt och behöver åtgärdas omgående.

Nationellt kunskapscentrum om matallergi

Allt fler i det svenska samhället blir allergiska mot mat. Det drabbar personer i alla åldrar och kunskapen om bakomliggande mekanismer är låg, och insatserna vid fastställda allergier är bristfälliga. Att prioritera en av de vanligaste kroniska sjukdomarna i Sverige är en viktig insats för folkhälsan och välfärden. Idag innebär matallergier onödigt stora kostnader för individen, hushållet och samhället. Ett kunskapscentrum skulle bli den kraftsamling och motor som behövs för att få till en bättre situation utifrån identifierade behov för de drabbade, deras anhöriga och alla de som arbetar med matallergier inom områden som livsmedelsproduktion, forskning, sjukvård och omsorg, skola, förskola och elevhälsa, samt restauranger och besöksnäringen. Det finns ett

tydligt behov av nationella riktlinjer, samordning och implementering av bästa praxis på samtliga områden.

Pollenmätningarna

I Sverige har cirka 30 procent av befolkningen pollenallergi. Vid pollenallergi är det immunsystemet som överreagerar när det utsätts för proteiner som finns i pollen och sporer. Pollenssäsongen pågår från tidig vår till sen höst och varierar beroende på var i landet man bor. Genom att lära sig känna igen symtomen och medicinera rätt kan man ta kontroll över sin allergi och minska besvären. 1177 Vårdguiden rekommenderar drabbade att följa pollenprognoserna, föra dagbok och medicinera rätt. Detta leder till ett bättre mående för pollenallergikern säsongen igenom. Pollenmätningarna behövs för att personer med pollenallergi ska kunna planera sin medicinering och vardag. Pollenmätningarna har i dag ingen samlad statlig finansiering och gör systemet skört. Staten bör därför ta det långsiktiga och finansiella ansvaret för att mäta och analysera pollenhaltererna i Sverige.

Tandvårdsreform

Ingen ska behöva avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Tyvärr är det inte så idag. Av svarspersonerna i den senaste svenska undersökningen, Vårdbarometern, som görs två gånger per år, svarade 20 procent att de hade hoppat över tandvård eller tandvårdsundersökningar av kostnadsskäl (RUT 2019:692). Detta skapar ett stigma som påverkar människors hälsa och självkänsla och är inte anständigt för ett välfärdsland som Sverige. Det är hög tid att få till en förändring i högkostnadsskyddet, som innebär att tandvårdskostnaden för den enskilde, som överstiger 1 000 kronor, subventioneras med 50 procent, samt att tidsperiodens längd förlängs från dagens 12 månader till 18 månader.

Screeningprogram

För att uppnå en lyckad behandling krävs tidiga insatser. Därför måste vården kontinuerligt arbeta med att upptäcka och identifiera sjukdomar så tidigt som möjligt. De svenska satsningarna på regelbundna kallelser till mammografi och cellprovtagning har lett till en minskad dödlighet i bröstcancer och livmoderhalscancer. Därför ska dessa typer av screeningåtgärder, där symptomfria individer undersöks i förebyggande syfte, utökas. En viktig satsning är således att introducera fler nationella screeningprogram, såsom till exempel prostatacancerscreening.

Erbjud mammografi till kvinnor över 74 år

Bröstcancer är kvinnans vanligaste cancersjukdom. Cirka 20 kvinnor insjuknar varje dag. Sjukdomen drabbar framför allt medelålders och äldre personer. Chansen att bli

botad från bröstcancer har ökat de senaste årtiondena, och det beror främst på att allt fler fall upptäckts tidigt och att behandlingsmetoderna blivit bättre. Varje år kallas 1 050 000 kvinnor mellan 40 och 74 år till mammografiundersökning. 850 000 (81 procent) screenas. Cirka 8 000 kvinnor diagnostiseras med bröstcancer och hos cirka 60 procent har tumören upptäckts tack vare mammografin.

Cancerfonden påpekar att cancer även drabbar kvinnor över 74 år, men att dessa kvinnor i nuläget inte erbjuds mammografi. Under 2014 rapporterades 1 986 fall av bröstcancer hos kvinnor över 75 år. För att öka även äldre kvinnors deltagande i mammografi är det självklart att kvinnor över 74 år ska få genomgå kostnadsfri screening för att upptäcka bröstcancer. Det bör bli obligatoriskt att erbjuda mammografi även till kvinnor som är äldre än 74 år.

Screening av livmoderhalscancer

Bland kvinnor i åldern 15–45 år är livmoderhalscancer den näst vanligaste cancerformen. I Sverige får omkring 32 000 kvinnor besked om cellförändringar varje år, och närmare 500 insjuknar i livmoderhalscancer. Cirka 160 kvinnor dör årligen på grund av denna cancerform. Medelåldern för insjuknande är 35–55 år, vilket innebär att en hel del insjuknar och dör även efter 65 år. Den övre åldersgränsen på 65 år bör därför höjas så att även äldre kvinnor får delta i screeningprogrammet.

Endometriosis

Endometriosis är en mycket plågsam sjukdom som drabbar en av tio kvinnor. Trots att sjukdomen är vanlig kan den allmänna kunskapen om endometriosis betraktas som väldigt låg. Kvinnor som drabbas av endometriosis kan därför få vänta i flera år innan en diagnos fastställs. Orsaken till endometriosis är att celler som liknar själva endometriet, det vill säga livmoderslemhinnan, fastnar på andra ställen i kroppen, oftast i organ som sitter i buken. Endometrioscillerna växer sedan, vilket leder till inflammationer i buken, som kan innebära väldigt kraftiga smärtor. Det kan även leda till sammanväxningar och ärrvävnad. Kroppens försvarssystem gör att endometrioscillerna kapslas in, vilket leder till att det bildas cystor eller endometrioshärdar.

Sjukdomen resulterar ofta i sjukskrivningar som pågår under längre perioder, med upprepade kirurgiska ingrepp och medicinsk behandling. Det kan även medföra fertilitetsproblem. Det är en svårbehandlad sjukdom och det finns idag inget botemedel. Sjukdomstillståndet är komplext och påverkar hälsan på flera olika sätt. De vanligaste symptomen är kraftiga smärtor som uppkommer före och under menstruation. Dessa smärtor är i många fall så pass svåra att det resulterar i att den endometriosisdrabbade svimmar, kräks och blir helt utslagen under flera dygn. Symptomen är många och individuella. De kan också förändras med tiden. Smärtor som till en början pågår under några dagar kan bli månadslånga och besvären kan likaså bli kroniska. Svåra smärtor och rikliga blödningar påverkar den drabbades sociala liv och kringskär arbete. Det innebär således en svår sjukdomsburda som i många fall påverkar den psykiska hälsan.

För att alla endometriosisdrabbade i Sverige ska kunna erbjudas en god och jämlik kvalitet på vården krävs i första hand ett nationellt vårdprogram. Endometriosis är en

sjukdom som kräver multiprofessionellt stöd, vilket innefattar flera viktiga vårdåtgärder. Organiseringen av endometriovården har avgörande betydelse och kan göra mycket stor skillnad för att optimera den drabbades hälsa och öka den allmänna livskvaliteten. För bästa tänkbara stöd kan tillgången till en kontaktperson, i form av sjuksköterska eller barnmorska, och som har goda kunskaper om endometriov, vara mycket viktig för den sjukdomsdrabbade. Eftersom det är en kronisk sjukdom är insatser för att stärka livskvaliteten grundläggande och helt avgörande. En sjuksköterska eller barnmorska kan, utifrån de individuella behov som föreligger, vara ett viktigt stöd i sjukdomen. Förutom att fungera som stödjande och rådgivande funktion kan sjuksköterskan eller barnmorskans vara en länk mellan olika professioner i endometriosteamet och bör också ansvara för planering av uppföljning och patientens fortsatta vårdkontakter. Det finns därmed goda möjligheter att öka kunskapen om endometriov och förbättra vården för de kvinnor som drabbas. Det kräver dock tydliga insatser som prioriterar och lyfter ett åsidosatt område.

Nationell utredare av oönskade graviditeter och abort

Sverigedemokraterna står bakom nuvarande abortlagstiftning. Samhället har ett ansvar för att garantera kvinnor tillgång till fri och säker abort, men det ligger också i samhällets ansvar att stärka kvinnors och mäns förmåga och möjligheter att förebygga oönskade graviditeter och själva bestämma när de vill bli föräldrar. Därför har det förebyggande arbetet en central roll för att minska oönskade graviditeter. För att det förebyggande arbetet ska ha god effekt måste man arbeta brett och inom flera områden, såsom exempelvis skolan, skolhälsovården, studenthälsan, ungdomsmottagningen, hälso- och sjukvården och ideella organisationer. Det bör också tillsättas en nationell utredare för att ta reda på varför Sverige har ett högt antal ofrivilliga graviditeter och aborter jämfört med våra nordiska grannländer, och därefter ta fram en nationell handlingsplan för en samordning för förebyggande åtgärder. Den nationella utredaren bör också ge förslag på åtgärder för att minska de sena aborterna.

Sjukvårdens kompetensförsörjning

Det är angeläget att göra arbetet attraktivt för sjukvårdspersonal, som är en av välfärds-samhällets viktigaste yrkesgrupper. En situation där antalet förstahandsansökningar till vård- och omsorgsprogrammen, under ett par decennier kraftigt har minskat, är en högst oroväckande trend som måste tas på största allvar. God kompetensförsörjning handlar i lika hög grad om att locka nya personer till utbildningar som om att befintlig personal ska välja att stanna kvar, samt att förmå personal som har lämnat sitt yrke, att återvända. En förstärkning av resurserna skulle ge regionerna bättre förutsättningar att vara attraktiva som arbetsgivare, vad gäller både löner och arbetsvillkor. Brist på specialistkompetens skapar flaskhalsar och bidrar till långa väntetider. Ett tydligt exempel är hur antalet specialistsjuksköterskor länge har minskat, samtidigt som vårdbehoven har ökat. Trots att flera regioner har erbjudit lön under heltidsstudier har lönenivån inte varit hög nog för att förmå tillräckligt många att anta erbjudandet.

Rätt kompetens på rätt plats

Vårdpersonal utsätts ofta för en pressad arbetssituation. Därför är det av yttersta vikt att undersköterskor och sjuksköterskor slipper lägga tid på uppgifter som annan personal med kortare utbildning skulle klara av att utföra. En professionell offentlig vård ska använda kompetens på ett optimalt sätt. Särskild vårdservicepersonal ska avlasta undersköterskor, som i sin tur avlastar sjuksköterskor som sedan avlastar läkare. Därmed frigörs tid för patientarbete.

Det administrativa arbetet är omfattande och har dessutom, i ett längre perspektiv, tilltagit. Genom att låta vårdnära administratörer sköta journaldokumentation och annat administrativt arbete kan läkare och sjuksköterskor få mer tid för patienter, och en bättre arbetsmiljö. Renodlade serviceuppgifter ger förutsättningar för fler händer i vården och arbetstillfällen för personer som saknar utbildning, vilket i sin tur kan skapa ett intresse för och inspirera till utbildning inom vårddyken.

Starkt inflytande över schemat

Varje vårdanställd har sina unika förutsättningar och ett eget livspussel att få ihop. Att i alltför hög grad tvingas anpassa sina arbetstider efter arbetsgivarens behov sliter på både kropp och sinne. Detsamma gäller den som inte får arbeta i tillräckligt hög utsträckning eller som saknar rätt att gå ner i arbetstid. Det kan förefalla praktiskt för arbetsgivaren att fritt få schemalägga sin personal, men i slutändan blir hela organisationen lidande om anställda säger upp sig och unga människor undviker att över huvud taget arbeta inom vården. Anställda inom offentlig sektor ska ha stort inflytande över arbetstider, med rätt till såväl heltid som deltid. Vårdpersonal ska slippa ofrivilligt delade turer och oönskat skiftarbete, något som ofta är både fysiskt och mentalt påfrestande. Därutöver ska vårdpersonal inte omfattas av karensdagar vid sjukskrivning, för att på så sätt motverka smittspridning. Det är viktigt att de som är sjuka har råd att stanna hemma.

Personalens säkerhet

Sjukhus och andra vårdinstitutioner är inte bara platser där sjuka får vård utan också arbetsplatser för några av samhällets största hjältar. Såväl patienters som anställdas trygghet måste garanteras. Om personal, patienter eller anhöriga drabbas av våld och aggression ska det bemötas med full kraft. Samtidigt är det viktigt att vård möjliggörs även för kriminella och aggressiva patienter. Jämte de ordinarie vårdplatserna ska det finnas särskilda säkerhetsklassade vårdplatser, dit riskpatienter och aggressiva besökare snabbt kan avskiljas. Det kräver anpassning av lokaler och utrustning, specialutbildad personal och nationella riktlinjer för hur sådana patienter ska tas om hand, från ankomst till utskrivning.

Förbättrade förutsättningar för läkare och sjuksköterskor i glesbygden

På landsbygden eller i glesbygd är det ofta svårt att rekrytera läkare och sjuksköterskor, vilket hotar såväl vårdens kvalitet som patientsäkerheten. Att locka läkare till landsbygden är inte bara en utmaning i Sverige utan även i andra delar av världen. I landsbygdsområden i USA finns ett system, där läkare kan förbinda sig att arbeta ett antal år, varefter de som bonus får sina studieskulder reducerade. Systemet är intressant, och därför ska det kostnadskalkyleras och utredas för svenska förhållanden. Man kan även tänka sig att applicera motsvarande system på sjuksköterskor, för att de ska vilja söka sig till mindre attraktiva orter och till glesbygden.

Utdrag ur belastningsregister

Under de senaste åren har det i medier framkommit uppgifter om att vård sökande, dementa och personer med psykiska eller fysiska funktionshinder har utsatts för sexuella övergrepp, misshandel och kränkande behandling av personal som jobbat i verksamheten. Det är inte rimligt att personer som begått grova våldsbrott, misshandel och rån eller sexuella övergrepp, jobbar i verksamhet med människor som befinner sig i en utsatt situation. Lagen om registerkontroll bör utökas så att den omfattar anställda, praktiserande och studerande inom sjukvård, äldreomsorg och psykiatri och inom särskilda boenden för funktionshindrade.

Utveckla möjligheterna att jämföra vårdens väntetider och kvalitet på 1177

Patienten måste få bättre möjligheter att jämföra kvaliteten i vården hos olika vårdgivare. Patienter har idag nästan ingen information om vårdgivarnas väntetider, kvalitet och resultat. 1177 bör vidareutvecklas så att patienten där kan hitta väntetider samt jämförbara kvalitetsdata för alla vårdgivare, oavsett regi.

Inrapportering av statistik och väntetider ska ske till en statlig myndighet

Sverige är förmodligen unikt bland jämförbara länder när det gäller ansvaret för att samla in och bearbeta väntetidsstatistik. Socialstyrelsen har gjort en genomgång av Sverige och några av våra grannländer när det gäller användandet av vårdgarantier och uppföljningen av väntetider. Genomgången visar att Sverige skiljer sig från alla andra länder genom att inte ha en nationell myndighet som är ansvarig för datainsamlingen och registerhållningen. I Sverige är det istället en intresseorganisation (SKR), som sköter statistiken. SKR lyder inte under förvaltningslagen och regeringsformen och måste därför inte erbjuda samma insyn som statliga myndigheter. Sverige skiljer sig också i ett annat viktigt avseende från de övriga länderna – väntetider rapporteras inte

på individnivå. Socialstyrelsen konstaterar att nationella databaser, med individdata som ger möjlighet att koppla informationen till andra register, är avgörande för många typer av analyser. Skottland har till exempel en nationell väntetidsdatabas som uppdateras dagligen. Varje nytt patientärende inleds med att en ”väntetidsepisod” skapas. Episoden uppdateras kontinuerligt varefter patienten passerar mätpunkter som lagts in i systemet. På så sätt kan ett patientärende följas upp. Det är också möjligt att följa hur många som väntar på en viss typ av händelse, hur länge dessa har väntat och faktiska väntetider för samtliga som nått en viss punkt i vårdkedjan. Det krävs ett nytt regelverk och ett nytt ansvar för väntetidsrapporteringen. Ansvaret måste föras över till en statlig myndighet, företrädesvis Socialstyrelsen, som ges befogenhet att avkräva regioner uppgifter. Enhetlighet och transparens ska råda och väntetidsrapporteringen måste i betydligt större utsträckning vända sig till medborgare och patienter.

Förstatliga delar av sjukvården

Den svenska vården har under flera decennier befunnit sig i en nedåtgående spiral. Mandatperiod efter mandatperiod har olika regeringar avlöst varandra och det som tidigare har varit dåligt är idag en katastrof. Den negativa utvecklingen måste få ett omedelbart slut. Vårdköen för specialistvård och operationer var redan innan corona-krisen lång och oförutsägbar. Enligt statistik kan cancerpatienter få vänta så länge på operation att sjukdomen inte ens går att bota när det är dags för operation. Väntetiden kan med andra ord i vissa fall ses som en dödsdom.

Socialstyrelsen rapporterade under 2019 att 20 av 21 regioner har problem med bemanningen inom specialistsjukvården. Samtidigt kan man också se att trots återkommande försök till effektiviseringar och omstruktureringar så kvarstår en tydlig problematik kring regionernas effektivitet. I den nya beslutsprocessen för den högspecialiserade vården lastar regeringen bland annat över ansvaret på regionerna för att sluta nationella prisöverenskommelser. Utöver detta klarar regionerna inte heller av uppdraget att hantera smittspårning och uppföljning av människor som kan ha smittats med covid-19. Regionerna skyller på regeringen och regeringen skyller på regionerna. Det måste finnas ett tydligt huvudmannaskap och samordning om hur vården ska fungera i kris, och det ansvaret ska ligga på staten.

Sverigedemokraterna vill utreda möjligheterna att skyndsamt överföra specialistsjukvården i statlig regi för att minska vårdköerna, med inslag från de norska och danska sjukvårdsmodellerna. Vi anser det också nödvändigt att utreda möjligheterna till en långsiktig och hållbar kompetens- och löneutvecklingstrappa för vårdpersonal för åren 2022–2030, och oavsett region. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillsätta en statlig samordnare för hur en omfattande sjukvårdsreform ska genomföras med start 2023. Ytterligare bör det genomföras en genomgående översyn och omstrukturering av regionernas nuvarande funktion och uppdrag med avslut 2026. Genom ett förstatligande av specialistsjukvården anser vi också att man ska se över möjligheterna till ett modernt nationellt journalsystem som underlättar samverkan mellan sjukhusen.

Mer bindande nationella riktlinjer

En av grundstenarna för den svenska hälso- och sjukvården är att minska ojämlikheten så att vård kan ges till alla på lika villkor, något som man kämpat med länge. De nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tagit fram för hälso- och sjukvård, socialtjänsten, hälsoskyddet och smittskyddet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är däremot som så att dessa riktlinjer endast bör följas; några uttalade krav föreligger inte. Det behövs en tydligare nationell reglering av den svenska hälso- och sjukvården för att denna ska bli mer jämlik. Om de nationella riktlinjerna gjordes mer bindande skulle detta innebära att samtliga måste leva upp till samma krav. Det ska inte vara så att en familj får hjälp som en annan inte kan få för att de bor på olika orter, där huvudmannen har en annan uppfattning om riktlinjerna. Då de nationella riktlinjerna bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet finns det inga hinder för att göra dessa mer bindande.

Medborgarskapets betydelse

Sverigedemokraternas utgångspunkt är att Sveriges välfärd, inklusive sjukvården, i första hand finns till för svenska medborgare. Att ge alla människor i hela världen obegränsad tillgång till svensk sjukvård är varken ekonomiskt möjligt eller rimligt. Det är därför viktigt med väl avvägda och anpassade regelverk avseende villkor för tillgång till vård för olika grupper av utlänningar som bor eller vistas i Sverige, beroende på deras status i vårt land, deras ålder, deras anknytning och deras bidrag till välfärden. Utgångspunkten är att endast svenska medborgare ska ha full rätt till subventionerad sjuk- och tandvård enligt de regler som i dagsläget gäller för bosatta. Utlänningars rätt till sjuk- och tandvård, i synnerhet subventionerad sådan, bör begränsas. En grundläggande princip måste dock alltid vara att ingen människa någonsin nekas akutvård, oavsett juridisk status eller betalningsförmåga. Patientsäkerheten ska aldrig hotas.

En utlänning som reser in i Sverige bör i regel alltid ordna med en egen heltäckande sjukförsäkring före inresa. Detta gäller i synnerhet tredjelandsmedborgare. Försäkringen ska täcka alla kostnader som kan uppkomma till följd av ohälsa, oavsett om det är akuta besvär eller livslång sjukdom. Denna regel gäller redan för vissa särskilda kategorier av utlänningar, exempelvis EES-medborgare med uppehållsrätt genom egna medel, eller tredjelandsmedborgare som ansöker om uppehållstillstånd för studier. Regeln har också fullt stöd av EU-rätten.

Sverigedemokraterna anser dock att denna regel bör utvidgas till att gälla i princip all invandring av alla utlänningar där det inte är uppenbart obehövt. Till undantagen hör exempelvis asylsökande och barn, där både EU-rätten och internationell rätt ställer särskilda krav. På så sätt säkerställs att invandringen till Sverige inte längre belastar sjuk- och tandvården i kostnadshänseende och utlänningar inte längre riskerar att ligga samhället till last.

Utlänningar som beviljats uppehållstillstånd för bosättning i Sverige bör i regel ha rätt till subventionerad sjuk- och tandvård i samma utsträckning som svenska medborgare, om de kommit i varaktig försörjning, exempelvis genom minst två års arbete. Då ska alltså kravet att ordna med en heltäckande sjukförsäkring inte längre gälla.

Bosatta utlänningar som inte kommit i varaktig försörjning ska däremot inte ha samma rätt till subventionerad sjuk- och tandvård som medborgare. De ska istället vara

fullt betalningsansvariga (vid behov i efterhand). De ska också, enligt ovan, åläggas att ordna med en heltäckande sjukförsäkring, så att frågan om betalningsansvar är avgjord i förväg.

Asylsökande som kommit till Sverige för att söka skydd ska ha rätt till akut sjuk- och tandvård. Asylsökande barn ska ha rätt till akut sjuk- och tandvård och vård som inte kan anstå. I enlighet med vad som framkommer på andra ställen i Sverigedemokraternas motioner om asylmottagandet ska asylsökande bo och vistas i särskilda transitcenter under tiden de väntar på att deras ansökan om skydd ska avgöras. Det är också i huvudsak där de ska erhålla den sjuk- och tandvård de behöver. I enlighet med vad som vidare framkommer i Sverigedemokraternas motioner på andra ställen, om kostnaden för mottagning, ska kostnaden för asylsökandes sjuk- och tandvård, liksom andra mottagningskostnader, ses som ett lån och därför avbetalas i efterhand, oavsett om utlänningen beviljas asyl eller inte. Asylsökande som beviljats uppehållstillstånd i Sverige, och därför enligt gällande regelverk räknas som nyanlända, ska även fortsatt ha rätt till sådan sjuk- och tandvård som i egenskap av asylsökande. Detta ska gälla tills deras etableringsperiod tagit slut, varefter de ska betraktas som bosatta utlänningar i övrigt. För barn som beviljats uppehållstillstånd i Sverige, och därför enligt gällande regelverk räknas som nyanlända, ska istället samma regler gälla som för medborgare.

Utlänningar som vistas i Sverige utan bosättningsgrundande tillstånd, ska endast ha rätt till akut sjuk- och tandvård, och det med fullt betalningsansvar. I efterhand om så krävs. Detta rör exempelvis viseringsfria turister från tredjeland eller studerande från tredjeland, som har ett uppehållstillstånd som understiger ett år, men även så kallade illegala migranter.

Såsom tidigare nämnts ska dock ingen människa någonsin förvägras akut sjuk- eller tandvård på grund av bristande betalningsförmåga.

Förbud icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar

Omskärelse av pojkar legaliserades 2001 i Sverige, och som en följd av detta rekommenderar Socialstyrelsen landets regioner att erbjuda tjänsten som en service för de vårdnadshavare som önskar se sina barn omskurna. I och med att Sverige förbundit sig till barnkonventionen har man också förbundit sig att ”vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Alla barn bör ha rätt till sin egen kropp och likhet inför lagen, och därför ska icke-medicinsk omskärelse av omyndiga pojkar förbjudas.

Obligatorisk hälsoundersökning för asylsökande

Eftersom det finns stora globala skillnader avseende kvalitet på sjukvård och förekomst av sjukdomar, bör Sverige omgående införa obligatoriska hälsoundersökningar av alla som söker asyl i landet, i de fall detta inte är uppenbart obehövt. Av folkhälsoskäl är det viktigt att smittsamma sjukdomar som utrotats inte återinförs, samtidigt som det är viktigt för den asylsökande att sjukdomar upptäcks och behandlas så skyndsamt som möjligt. Detta innebär dels ett minskat lidande för den enskilde, dels stora besparingar

för det svenska samhället, eftersom eventuella hälsoproblem kan identifieras och behandlas i ett tidigt stadium.

Tolktjänst

Kommunikationen mellan patient och vårdpersonal är avgörande för att uppnå bästa möjliga patientvård. Bristande eller felaktig kommunikation kan i yttersta grad vara en bidragande faktor till felaktiga diagnoser och missförhållanden. Om en läkare och patient inte har samma modersmål, och de inte kan kommunicera på annat språk, spelar tolkning av främmande språk en viktig roll.

Det bör finnas en gräns för hur länge en person som har varit bosatt i landet ska kunna få kostnadsfri tolkning i samband med behandling inom sjukvården och tandvården. Om en person har bott i landet i mer än tre år borde det i allmänhet förväntas att personen har haft god möjlighet att lära sig tillräckligt bra svenska för att kunna delta i samhället, inklusive att kommunicera med sjukvården och tandvården, utan att behöva tolkning av främmande språk. Utlänningar som varit bosatta i Sverige i flera år kan därför inte rimligen förvänta sig att få tolkassistentens på allmänhetens bekostnad. Dessa personer bör därför själva bära en del av kostnaden för det nödvändiga tolkningsbiståndet. Avgiften bör motsvara de genomsnittliga totala omkostnaderna för en tolkanvändning i vården. I Danmark har beloppen fastslagits till 334 danska kronor för ett läkarbesök och 1 675 kronor vid inläggning på sjukhus. Det är alltid läkaren eller annan medicinskt ansvarig personal, och inte patienten själv, som bedömer om tolkbehov föreligger. Det kan givetvis finnas personer som på grund av ålder och fysiskt och psykiskt tillstånd inte kan förvärva eller använda förvärvad kunskap i svenska. Det kommer därför inte att förväntas att dessa personer, efter att ha bott i landet i tre år, ska kunna kommunicera på ett fullgott sätt. Därmed undantas dessa personer från kostnadsansvar för tolkning inom sjukvården och tandvården.

Det bör inte vara tillåtet att använda barn under 18 år som tolk. När barn används som tolkar finns en risk att barnet får information om sin vårdnadshavare eller annan anhörig som inte är anpassad till barnets ålder och mognad, eller får information om vuxnas situation som kan gälla sådant som barn inte bör involveras i eller riskera att behöva uppleva ansvar för. Det kan exempelvis handla om att tolka sjukdomsbesked åt vårdnadshavare. Tolkning genom barn kan innebära risker för fel och brister i tolkningen, vilket kan få negativa effekter för den vuxne, dennes hälsa eller andra förhållanden. Undantag kan ske vid akut eller livshotande tillstånd.

Det bör införas krav på fullständig självbetalning för tolkning inom sjukvården, till personer som inte vill använda den tolk som sjukvården har erbjudit.

Det är avgörande att incitamentet att lära sig svenska för utlänningar som bor i Sverige finns. Syftet med detta är att stärka integrationen av utlänningar i det svenska samhället, till förmån för individen själv och för samhället som helhet.

Höjd åldersgräns vid behandling av könsdysfori

Vi har under de senaste åren kunnat se en explosionsartad ökning av ungdomar som önskar genomgå könsbyte, eftersom de upplever att de inte kan identifiera sig med sitt

kön. Den könsbekräftande vården går idag ut på att erbjuda medicinsk och kirurgisk behandling till patienten. Vården fokuseras därmed fullt ut på att anpassa kroppen efter den upplevda könsidentiteten. Behandlingsmetoderna som används har visat sig vara osäkra, eftersom de saknar både vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Det har visat sig att många av de unga patienter som söker sig till transvården har neuropsykiatriska diagnoser. Detta har inneburit att Socialstyrelsen på senare tid har gjort en helomvändning i frågan. Myndigheten anser inte längre att kirurgiska ingrepp för könsbyte är lämpligt för patienter under 18 år. Det krävs mer specifika insatser för att främja transpersoners psykiska hälsa. De specifika behov som föreligger måste tas i beaktande, och arbetet för att stärka den psykiska hälsan hos gruppen behöver likaså bli bredare än enbart utbildningsinsatser, som fokus till stor del kretsar kring idag. För att den vård och behandling som erbjuds vid könsdysfori ska bli mer jämlik krävs det att nationella riktlinjer tas fram för att säkerställa detta.

Könsdysfori orsakar psykiskt lidande, vilket grundar sig i att den upplevda könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som fastställts vid födseln. Idag saknas många delar inom den könsbekräftande vården. Den vetenskapliga evidensen måste utgöra en stark grund för all vård och behandling som genomförs. Transvården ska inte vara ett undantag.

För att kunna genomgå en könskorrigering ska psykisk stabilitet vara ett absolut krav. Det är ett livsförändrande ingrepp som därför också kräver att personen är mentalt mogen och har stor förståelse för efterföljande konsekvenser, samt biverkningar. Att få må bra och trivas i sin kropp är mycket viktigt. Därför är det också ytterst relevant att den könsbekräftande vården och behandlingen ser till helheten, utifrån ett långsiktigt perspektiv. Med anledning av detta menar vi att biverkningsfri behandling, såsom samtalsterapi, ska vara den första behandlingsåtgärden vid könsdysfori. Terapeutisk behandling och en seriös psykologisk utredning, vilken tar hänsyn till faktorer såsom exempelvis annan psykisk sjukdom, måste vara fundamentala delar i vårdprocessen vid könsdysfori.

Att oåterkalleliga ingrepp, såsom kirurgi och hormonbehandling, används som primära behandlingsmetoder är mycket oroväckande, inte minst när det inte föreligger fullgod evidens för vare sig risker eller biverkningar. Det är också anmärkningsvärt att samtalsterapi inte används som primär behandlingsmetod vid könsdysfori idag, eftersom många personer som diagnostiserats med könsdysfori faktiskt har hög förekomst av samtida psykiatriska diagnoser.

Underlivskirurgi innebär alltid sterilitet. Upp till 67 procent av alla som genomgår könskorrigering kirurgi får även någon form av komplikation, och svåra biverkningar är vanliga. Detta enligt en systematisk översikt från Sahlgrenska sjukhuset, som granskat samtliga studier inom området.

Kirurgiska ingrepp för att avlägsna bröstet, så kallad mastektomi, kan ge irreversibla skador där patienten riskerar att få svåra problem med smärtor flera år efter ingreppet. Risken är särskilt hög för unga kvinnor.

Den amerikanska barnläkarföreningen lyfter fram biverkningarna av hormonterapi, där man redogör för att pubertetsblockerare kan leda till sterilitet, benskörhet, ökad förekomst av självmordstankar och självskaðebeteende. Östrogen och testosteron kan också innebära en ökad risk för förstadier till diabetes och förhöjda blodfetter. Östrogen ökar likaså risken för blodproppar och stroke, bröstcancer, högt blodtryck samt viktuppgång. Testosteron kan öka risken för polycytemi, som kan innebära blodproppar och blödningar. Det föreligger även risk för leverpåverkan. Socialstyrelsens statistik över

läkemedel visar även att ökningen av behandling med könshormoner, eller pubertetsblockerare, i åldern 15–19 år är lika hög som den ökade diagnostiseringen av könsdysfori.

Då det saknas säker evidens för att behandla barn och unga vuxna med könsdysfori, ska den här typen av ingrepp och behandlingar inte få förekomma på personer under 25 år. De biverkningar som vi känner till i dagsläget kan bli mycket svåra och framtiden för barn och unga som genomgår könskorrigering är således väldigt oviss. Vi menar bestämt att det måste finnas ett tydligt vetenskapligt stöd för att behandla barn och unga med könsdysfori. Vi vill likaså se en oberoende utredning som granskar transvården och den könskorrigering som genomförts på tusentals barn och unga vuxna i Sverige.

Neonatal herpes simplexencefalit

Neonatal herpes simplexencefalit är en allvarlig infektion i hjärnan, som orsakas av ett virus som oftast överförs mellan mor och barn under förlossningen. Det finns också risk för att barnet smittas under fosterstadiet, eller efter att barnet har blivit fött. Infektionen orsakas av ett virus som kallas för herpes simplexvirus, och som kan leda till lokal infektion i ögonen, munnen eller huden. Infektionen kan även sprida sig till inre organ såsom hjärnan, levern eller lungorna. Ett barn som smittats av neonatal herpes simplexencefalit blir oftast smittat under sin andra, alternativt tredje levnadsvecka. Det är helt avgörande att behandling sätts in i god tid, då neonatal herpes simplexencefalit kan leda till spasticitet, epilepsi, intellektuell funktionsnedsättning, språkstörning, autism, synnedsättning och hörselnedsättning.

En gravid kvinna med symptom på herpesinfektion kan behandlas med läkemedel som hjälper till att minska tillväxten av virus. Om kvinnan har en pågående infektion vid förlossningen, brukar oftast kejsarsnitt göras för att undvika risken för att barnet ska smittas. Om barnet blir smittat och föds med en herpesinfektion sätts läkemedelsbehandling in.

Det är mycket vanligt med herpesinfektioner, dock är det ovanligt med tydliga symptom. Andelen nyfödda som smittas varierar mellan länder. Drygt 30 barn smittas per 100 000 i USA. I Storbritannien är siffran 1 smittat barn per 100 000. I Sverige är det mellan 6–7 barn per 100 000 nyfödda som får en herpesinfektion. Det motsvarar omkring tio barn per år. Av de smittade barnen får mellan 3–5 hjärninflammation, vilket kan innebära mycket svåra konsekvenser.

Idag pågår forskning för att kunna förebygga att herpesvirus överförs mellan mor och barn vid förlossningen. Det finns en förhoppning om att kunna utveckla ett vaccin som kan verka skyddande. Dock finns det ännu inte något vaccin som visat önskat resultat. Det faktum att många kvinnor har en vilande herpesinfektion, och därmed också utsöndrar virus under förlossningen, utan några tydliga symptom, gör det svårt att skapa effektiva åtgärder för att förhindra en överföring av viruset mellan mor och barn. Det har genomförts omfattande studier där kvinnor har följts noga med virusodlingar under själva graviditeten. Trots det har kvinnor med herpesinfektion inte fångats upp och infektionen har kunnat överföras till barnet. Det är också endast en femtedel av kvinnorna som föder barn med neonatal herpes simplexinfektion, som känner till att de har genital herpes.

Kunskapen om neonatal herpes simplexinfektion måste stärkas. Gravida kvinnor ska därför alltid informeras om genital herpes och vilka behandlingsmetoder som kan erbjudas. Det är något som behöver säkerställas inom svensk förlossningsvård. Med ökad kunskap kan symptom snabbare fångas upp och behandling med antivirala läkemedel därmed sättas in i god tid. Information, kunskap och uppföljning är av stor vikt för att kunna motverka herpesencefalit hos nyfödda barn. Det är också viktigt att forskningen har de resurser som krävs för att hitta ett skyddande vaccin.

Sällsynta diagnoser

I Sverige definieras en sjukdom som en sällsynt diagnos om den uppträder hos färre än 1 av 10 000 invånare och leder till funktionsnedsättning. Det finns ett stort antal sällsynta diagnoser, så även om varje sjukdom i sig är ovanlig är det sammantaget ett stort antal människor i Sverige som är berörda. Mer än 80 procent av sällsynta diagnoser är av genetiskt ursprung och många är kroniska och livshotande. Eftersom sällsynta diagnoser är enskilt ovanliga och många till antalet är det mycket svårt för enskilda läkare att ha den fulla kunskapsbilden om alla dessa sjukdomar. Detta innebär att många patienter med sällsynta diagnoser och andra ärftliga sjukdomar får vänta länge på en diagnos, och därmed på behandling och uppföljning. Därför behövs ett brett samarbete regionalt, nationellt och internationellt för att förbättra vården för dessa patienter.

Sverige har ingen nationell handlings- och samordningsplan för sällsynta sjukdomar, vilket finns i merparten av de övriga europeiska länderna. Utifrån de sällsynta diagnosernas ovanliga och komplexa behov behöver det finnas en handlingsplan som tar ett samlat grepp om vården och omsorgen för personer med sällsynta diagnoser. Endast med ett samlat grepp och nationell styrning kommer vi att kunna uppnå jämlik och likvärdig sjukvård över hela landet.

Per Ramhorn (SD)

Clara Aranda (SD)

Carina Ståhl Herrstedt (SD)

Christina Tapper Östberg (SD)

Linda Lindberg (SD)