

Motion till riksdagen 2021/22:3700

av **Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M)**

Prioritering av vård och forskning om kvinnors sjukdomar och hälsa

Sammanfattning

Moderaterna väljer att prioritera vård och forskning om kvinnors sjukdomar och hälsa. Kvinnors sjukdomar är både i forskning och i det kliniska arbetet idag eftersatta. Det innebär att hälso- och sjukvården inte är jämställd och därmed inte lever upp till hälso- och sjukvårdens portalparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Det är mycket viktigt att se och förstå att vård och forskning rörande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa genom åren har nedprioriterats. Men också det faktum att kunskap och tillräcklig behandling saknas om kvinnors symtom och reaktioner på breda sjukdomsgrupper så som hjärt-kärlsjukdomar m.m. Som en följd av detta lider många unga tjejer och kvinnor i onödan av smärta från sjukdomar som skulle kunna diagnostiseras och behandlas mycket tidigare än idag.

Moderaterna föreslår bland annat följande reformer för att förbättra kvinnors hälsa och den hälso- och sjukvård som ges till kvinnor:

- Vi föreslår införande av nationella riktlinjer för fortbildning av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Detta i syfte att bland annat underlätta möjligheten till tidigare rätt ställda diagnoser gällande kvinnorelaterade sjukdomar.
- Vi föreslår att förlossningsvården ska stärkas när det gäller möjligheterna till kontinuitet, jämlik vård samt uppföljning och återkoppling.
- Vi föreslår ett systematiskt kunskapslyft som ska arbeta med utbildning av personalen i elevhälsan och ungdomsmottagningar i syfte att förbättra förutsättningarna att kunna ställa tidigare diagnoser om kvinnorelaterade sjukdomar.
- Vi föreslår att regeringen kompletterar sitt uppdrag till Socialstyrelsen avseende att utarbeta nationella riktlinjer i syfte att dessa därtill ska adressera frågan om enhetlighet gällande tillgänglig specialistvård som hanterar förlossningsskador som kräver mer uppföljning och eftervård.
- Vi föreslår att resurser långsiktigt öronmärks för forskning gällande kvinnors sjukdomar och hälsa.

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra möjligheterna att ställa tidigare diagnoser gällande kvinnorelaterade sjukdomar (såsom endometrios, vestibulit, lipödem, polycystiskt ovariesyndrom, myom och underfunktion av sköldkörteln) och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationella riktlinjer för fortbildning av läkare och sjuksköterskor och annan vårdpersonal gällande kvinnorelaterade sjukdomar och reproduktiv hälsa och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera genomförande av Socialstyrelsens förslag till förbättringar av den vård som ges vid endometrios och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett metodiskt kunskapslyft för personalen i elevhälsan och på ungdomsmottagningar och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera förlossningsvårdens hela vårdkedja från mödravård till eftervård och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka möjligheterna till kontinuitet, jämlik vård och uppföljning av förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att enhetliga riktlinjer gällande partners medverkan vid förlossningen ska framgå i framtagande av nationella riktlinjer för förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationella riktlinjer gällande att vidga och klargöra mödravårdens ansvar för eftervården och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att identifiera och ge stöd och behandling gällande psykisk ohälsa hos kvinnor efter genomförd förlossning och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regeringens kommande hantering av nationella riktlinjer i förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillgänglig specialistvård gällande förlossningsskador och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hälsofrämjande åtgärder i syfte att stödja gravida med övervikt och fetma och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en tillgänglig och jämlik specialistvård för smärta och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behandling av fibromyalgi och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa metodisk kunskap gällande sjukdomen ME/CFS och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera forskning gällande kvinnors sjukdomar och hälsa och tillkännager detta för regeringen.

17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell standardisering gällande användande av kvalitetsregister och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att de nationella vårdprogrammen gällande all typ av gynekologisk cancer ska följas upp regelbundet och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regelbunden uppföljning och utvärdering av förekomst av ojämlik vård och underbehandling av kvinnors sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kvinnors aborträtt och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna att tillåta specialiserade barnmorskor att utföra medicinska aborter och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att prioritera forskning om medicinska aborter och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge i uppdrag till Folkhälsomyndigheten att göra en översyn av kommunernas och regionernas arbete med att genomföra handlingsplaner kopplade till den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ofrivillig barnlöshet och att ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över hur man kan stärka vården för ofrivilligt barnlösa och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram och genomföra ett metodiskt kunskapslyft gällande sjukdomen polycystiska ovarier och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer om klimakterievård och tillkännager detta för regeringen.

Bakgrund och utgångspunkter

Det är en uppenbar brist att Sverige inte har prioriterat att systematiskt, metodiskt och långsiktigt arbeta med frågor som rör kvinnorelaterade sjukdomar. Ingen regering oavsett politisk färg har tagit tag i denna fråga på ett tillräckligt sätt. Det är inte acceptabelt att frågor som rör vård och forskning gällande kvinnors sjukdomar står så långt ned på den politiska dagordningen och i de årliga politiska prioriteringarna i form av årsbudgetar.

Kvinnors sjukdomar är både i forskning och i det kliniska arbetet idag eftersatta. Det innebär att hälso- och sjukvården inte är jämställd och därmed inte lever upp till hälso- och sjukvårdens portalparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen¹. På flera områden finns därför kunskapsluckor om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck vad gäller både symptom och smärta och reaktioner på läkemedel. Förlossningsvården och eftervården ser olika ut beroende på var i landet du bor.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Att kvinnor och män får en likvärdig hälso- och sjukvård ska vara en självklarhet i ett av världens mest jämställda länder. På flera områden finns emellertid allvarliga kunskapsluckor exempelvis om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck gällande både symptom och smärta samt reaktionen på olika läkemedel.

Denna okunskap och ojämställdhet visar sig till exempel genom att kvinnor måste uttrycka mer smärta för att få likvärdig behandling som män; kvinnor sjukskrivs också oftare under kortare tid än män och får billigare sjukvård än män.² Många av de symptom som kvinnor söker vård för bortförklaras också ofta som psykosomatiska och främst som en fråga för psykiatri. Det kan gälla allt från allvarliga sjukdomar så som exempelvis endometriosis och förlossningsskador till svåra smärtproblem som fibromyalgi.

Idag läggs en fjärdedel av Sveriges hälsoinvesteringar på klinisk vård samtidigt som bara en hundradel läggs på förebyggande satsningar på befolkningens hälsobeteende. Och av dessa investeringar och förebyggande satsningar är det en försvinnande liten andel som går till kvinnorelaterade sjukdomar. Det handlar emellertid inte enbart om kvinnorelaterade sjukdomar utan om hur ett fungerande välfärdssamhälle ger bästa möjliga förutsättningar för kvinnor och deras hälsa och mående. Alltifrån vilken hjälp och stöd kvinnor får under puberteten, vid önskade respektive oönskade graviditeter, barnafödande, ofrivillig barnlöshet, psykisk ohälsa, när man till exempel drabbas av cancersjukdom eller hjärt-kärlsjukdom till de ganska omfattande besvär som kan uppstå i samband med övergångsåldern i form av förklimakteriet och klimakteriet. Allt detta anser vi tillhör det som är eftersatt när det gäller förebyggande åtgärder, vård och forskning som rör kvinnors hälsa och kvinnorelaterade sjukdomar.

Socialstyrelsen konstaterar till exempel att förlossningsvården inte är jämlik i Sverige. Det finns omotiverade skillnader mellan olika regioner och olika socio-ekonomiska grupper. Det handlar om regionala skillnader när det gäller andelen dödfödda barn och kriterier för kejsarsnitt. Dödföddheten är större vid fullgångna graviditeter i jämförelse med förlossning före graviditetsvecka 37.³ Detta kan förbättras till exempel genom att man metodiskt identifierar vissa graviditetsrisker vilka kan leda till planerade kejsarsnitt eller igångsättning.

Skillnader syns därutöver när det gäller till exempel användning av stafettläkare där 12 förlossningskliniker inte använt stafettläkare medan tjugotvå kliniker har gjort det. När det gäller kejsarsnitt varierar användningen av dessa mellan mindre än var tionde förlossning vid vissa sjukhus till mer än var femte vid andra förlossningsenheter. Mönstret är detsamma varje uppföljt år mellan åren 2016 och 2019.⁴

När det gäller cancervård som specifikt rör kvinnorelaterade sjukdomar, till exempel livmoderhalscancer, så är utvecklingen varierad. Livmoderhalscancer har under flera år ökat i Sverige. En ökning som bland annat är kopplad till brister i analysen av cellprover där tyvärr vissa cellförändringar missats vid screening och upptäckts först vid nästa screeningomgång när de redan utvecklats till cancer. Men nu kan denna ökning ha avstannat. Det sågs ingen ökning 2019 jämfört med åren dessförinnan; däremot finns det nu stor risk att utvecklingen skiftat igen under pandemin i och med bland annat

² Sveriges Kommuner och Regioner 2019. (O)jämställdhet i hälsa och vård.

³ Socialstyrelsen 2017. Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.

⁴ Årsrapport 2019, Kvinnoklinikernas resultat 2019.

minskad förekomst av screening. Till exempel var det omkring 160 000 färre kvinnor som genomgick screening för bröstcancer under år 2020 jämfört med året dessförinnan.⁵

Vi vet att kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar är dels högt blodtryck, övervikt, höga blodfetter och rökning, dels ärftlighet. Hur mycket människans gener spelar in varierar beroende på vilken typ av hjärt-kärlsjukdom. Tobaksrökning däremot är en av de allra mest påverkbara riskfaktorerna för människors hälsa. Det är provocerande och välkänt att det allra mesta av forskning och behandlingsmetoder gällande hjärt-kärlsjukdomar haft män som utgångspunkt och perspektiv. Det är inte rimligt.

Det behöver ske ytterligare forskning om kvinnorelaterade sjukdomar, exempelvis framväxt av nya effektivare mediciner för kvinnor som drabbats av hjärt-kärlsjukdomar, och man behöver försöka se till att dessa nya läkemedel kan introduceras på ett effektivt och jämlikt sätt. Därutöver behöver man skapa bättre förutsättningar för vården att patientsäkert och effektivt kunna hjälpa alla kvinnor och män som drabbats av hjärt-kärlsjukdomar.

Det är välbelagt att medellivslängd och dödlighet tydligt skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige. Människor med kort utbildningsbakgrund har kortare medellivslängd och högre dödlighet än personer med lång utbildning. Kvinnor i Sverige har längre medellivslängd än män, trots att de i många avseenden har en sämre hälsa. Barns och ungas hälsa påverkas av familjebakgrund och levnadssätt under det tidiga livet som på många sätt har avgörande effekter för utveckling och hälsa senare i livet.⁶

Allt detta gör att det är helt centralt att prioritera genomförande av förebyggande åtgärder, vård och forskning gällande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa. Moderaterna föreslår i motionen *En nationell hälsofrämjande strategi – ett långsiktigt hälsosammare Sverige* en lång rad reformer i syfte att det behöver ske ett metodiskt, långsiktigt och strukturerat hälsoarbete för att skapa bättre förutsättningar för god hälsa i hela befolkningen. I denna motion läggs ett särskilt fokus på kvinnors hälsa och kvinnorelaterade sjukdomar. Förslagen som beskrivs i ovanstående motion kommer inte upprepas i denna motion, utan här läggs kraft på att adressera några av de viktigaste problemen som kvinnor möter i sin vardag och hur vården kan förbättras gällande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa.

Prioritera vård och forskning gällande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa – en reformagenda

Det är mycket viktigt att se och förstå att vård och forskning rörande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa genom åren har nedprioriterats. Som en följd av detta lider många unga tjejer och kvinnor i onödan av smärta från sjukdomar som skulle kunna diagnostiseras och behandlas mycket tidigare än idag. Kvinnors sjukdomar har både inom forskning och i det kliniska arbetet under lång tid varit eftersatta. På flera områden finns därför kunskapsluckor om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck gällande både symptom och smärta och reaktionen på läkemedel. Kvinnor måste uttrycka mer smärta för att få samma behandling som män och får billigare sjukvård än

⁵ Dagens Nyheter, genomförd kartläggning i april 2021.

⁶ SOU 2016:55, Kommissionen för jämlik hälsa, Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.

män. Det behövs konkreta reformer och prioriteringar under en följd av år för att komma tillrätta med detta. Nedan följer Moderaternas nationella reformagenda i syfte att prioritera förebyggande åtgärder, vård och forskning gällande kvinnorelaterade sjukdomar och kvinnors hälsa.

Förbättra möjligheterna att ställa tidigare diagnoser

Hälso- och sjukvårdens möjligheter att ställa tidigare, snabbare och säkrare diagnoser gällande kvinnorelaterade sjukdomar behöver skyndsamt förbättras. Idag är det många unga tjejer och kvinnor som tvingas lära sig att stå ut med mycket smärta och lidande. En sådan underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom är endometrios. Kvinnor som söker hjälp för sina symptom måste bli sedda och lyssnade på och få en ordentlig undersökning. Deras smärta och lidande får inte negligeras och normaliseras.

Endometrios drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Det första tecknet på endometrios är ofta svår mensvärk. Andra symtom kan vara besvär från urinvägarna, smärta vid tarmtömning, djup samlagssmärta eller ofrivillig barnlöshet. Endometrios berövar många kvinnor ett normalt liv och försvårar såväl vardagen som arbetslivet. Svår mensvärk går dock oftast att göra något åt med tidigt ställd diagnos och insatt behandling. I genomsnitt har det tagit åtta år innan lidande kvinnor med endometrios får sin diagnos.⁷

Några andra stora utmaningar är att närstående till unga patienter ifrågasätter behandling med preventivmedel, samtidigt som unga kvinnor har rätt till självbestämmande. En del patienter vill till exempel få livmodern bortopererad trots att svår kronisk smärta sällan försvinner efter sådan kirurgi. För den som drabbats av endometrios innebär det inte bara stor smärta utan också perioder av sjukskrivningar, försök till olika medicinska behandlingar och upprepade kirurgiska ingrepp med stor påverkan på vardagen.

Det är bra att det har tagits fram nationella riktlinjer gällande endometrios, riktlinjer som Socialstyrelsen förväntar sig ska såväl öka vårdens kvalitet som på sikt minska kostnaderna.⁸ Därutöver har myndigheten utifrån riktlinjerna utvärderat vården som ges vid endometrios och pekat på en rad förbättringsområden. Det har också tagits fram ett informations- och utbildningsmaterial för att nå ut brett med kunskap om endometrios.⁹

Detta räcker emellertid inte för att nå hela vägen så att alla med starka smärtor och oklara diagnoser kan få rätt vård i rätt tid. Det behövs ett systematiskt kunskapslyft i primärvården. Det är dit många unga kvinnor vänder sig för att få hjälp och relevant vård. Sverige är tillsammans med Malta och Portugal de enda länderna i Europa som inte kräver vidareutbildning av läkare.

Moderaterna föreslår införande av nationella riktlinjer för fortbildning av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Detta i syfte att bland annat underlätta möjligheten till tidigare rätt ställda diagnoser gällande kvinnorelaterade sjukdomar så som endometrios. Det handlar emellertid om betydligt fler sjukdomar än endometrios så som vestibulit, lipödem, polycystiskt ovariesyndrom, myom som är en eller flera muskelknutor som kan sitta inuti eller utanpå livmodern, samt underfunktion av

⁷ Dagens Samhälle 2019-10-05.

⁸ Socialstyrelsen 2019. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa – slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa.

⁹ Ibid.

sköldkörteln som kan medföra bland annat låg ämnesomsättning, koncentrations-svårigheter och depression.

Socialstyrelsen utvärderade vården som ges vid endometrios för att undersöka om kvinnor med misstänkt eller bekräftad endometrios får vård enligt de framtagna nationella riktlinjerna. Uppföljningen avsåg hela vårdkedjan från elevhälsan och ungdomsmottagningarna till kirurgin.¹⁰ I samband med detta har myndigheten till regeringen pekat på bland annat följande förbättringsområden för att höja kvaliteten i vården som ges vid endometrios. Fler verksamheter behöver rutiner för smärtlindring vid akuta vårdbesök. Fler patienter behöver erbjudas hormonbehandling. Behandlingens effekter behöver följas upp bättre. Fler kvinnokliniker behöver multiprofessionella team med fokus på endometrios. Det behövs därutöver bättre tillgång till smärtspecialister. Mer personal behöver utbildning. Det behövs bättre förutsättningar för samverkan mellan olika vårdinstanser och vårdnivåer. Primärvården och elevhälsan behöver arbeta mer strukturerat.¹¹

Moderaterna föreslår att regeringen ger i uppdrag att metodiskt prioritera genomförande av Socialstyrelsens förslag till förbättringar gällande den vård som ges vid endometrios, och därtill vill vi genomföra motsvarande prioriteringar av vården gällande andra kvinnorelaterade sjukdomar så som vestibulit, lipödem, polycystiskt ovariesyndrom och myom. Moderaterna föreslår därutöver att regeringen ger i uppdrag att genomföra ett systematiskt kunskapslyft som metodiskt ska arbeta med utbildning av personalen i elevhälsan och ungdomsmottagningar i syfte att förbättra förutsättningarna att kunna ställa tidigare och säkrare diagnoser om endometrios och andra kvinno-relaterade sjukdomar. Det bör därutöver särskilt analyseras om elevhälsan behöver utveckla enhetliga skriftliga rutiner för handläggning av elever med misstänkt endometrios.

Prioritera förlossningsvården – hela kedjan från mödravård till eftervård

Förlossningsvården behöver förbättras. Det gäller till exempel ett mer utvecklat metodiskt stöd efter förlossningen, både på sjukhuset och efter hemgång. Sverige ligger relativt högt gällande kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar i samband med förlossning. Vården behöver förbättra möjligheterna att förebygga, följa upp och behandla förlossningsskador – det gäller till exempel bristningar i bäckenbotten – och därtill följa upp användning av kejsarsnitt. Som vid alla gynekologiska operationer, innebär kejsarsnitt risker för att urinblåsan och urinledarna skadas. Risken att drabbas av detta är dock mindre än en procent. Risken är samtidigt större än vid vaginal förlossning.

Några av de allra största problemen handlar om kvalitet och ojämlikhet i vården. Till exempel når hälften av klinikerna inom mödravårdsvården upp till ett godkänt resultat. Graviditetsregistret visar att väldigt många förlossningskliniker inte når målen för förlossningsvården. Det finns stora variationer när det alltifrån kontinuitet gällande läkare på respektive förlossningsklinik till specialistläkare och antal disputerade läkare.

Det finns därutöver brister och regionala skillnader inom förlossningsvården som handlar om skillnader i praxis gällande eftervården såväl mellan som inom regionerna.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

En betydande del av sjukhusen följer inte alls upp förlossningen, medan andra strukturerat använder sig av återkopplande telefonsamtal, återbesök och hembesök av barnmorska. Kompetensförsörjningen måste säkerställas långsiktigt. Det är viktigt att ha en ordentlig planering och framförhållning. Barnmorskor upplever att man inte kan ge den vård man vill ge och som behövs. Det beror inte minst på krävande arbetsmiljöer. Det krävs en översyn och genomlysning av hur förlossningsvården kan förbättras.

Moderaterna föreslår att förlossningsvården ska stärkas när det gäller möjligheterna till kontinuitet, jämlik vård samt uppföljning och återkoppling. Hela vårdkedjan från mödravård till eftervård ska hänga ihop. Strävan ska vara att se till att födande kvinnor kan ha tillgång till samma team av barnmorskor från mödravård till eftervård. Vi föreslår att nationella riktlinjer ska genomföras skyndsamt i syfte att underlätta strävan efter en mer jämlik förlossningsvård av hög kvalitet. Av dessa nationella riktlinjer ska bland annat framgå enhetliga riktlinjer gällande partners medverkan såväl under graviditeten som vid förlossningen och efter förlossningen. Det är inte rimligt att nyförlösta kvinnor och nyfödda bebisar ges olika förutsättningar de första dagarna i livet, utan partners eller stödpersoners medverkan ska vara enhetlig oavsett i vilken region förlossningen äger rum.

Mödravården ska stärka det förebyggande arbetet genom att erbjuda kvinnor ett hälsosamtal som ett redskap för att bättre kunna identifiera och upptäcka kvinnosjukdomar. Det finns för närvarande nationella riktlinjer, framtagna av professionsföreningar, som uttrycker att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal med barnmorska antingen under vårdtiden eller senare. Utöver detta finns emellertid inga särskilda riktlinjer gällande uppföljning den närmaste tiden efter förlossningen, utan nästa uppföljning av kvinnornas hälsa efter genomgången förlossning sker först efter cirka 6–8 veckor av mödravården. Bristande uppföljning och dialog riskerar att leda till att vissa kvinnors hälsa utvecklas negativt. I regionerna varierar för närvarande riktlinjerna för vad eftervårdsbesöket ska innehålla.¹²

Det skiljer sig åt hur många kvinnor som faktiskt genomgår en gynekologisk undersökning vid eftervårdsbesöket i olika regioner. Faktorer så som hur frågan om gynekologisk undersökning ställs, barnmorskans egen uppfattning om förmågan att upptäcka förlossningsskador och möjlighet att remittera kvinnan till specialist påverkar också i vilken utsträckning den gynekologiska undersökningen faktiskt blir utförd. Detta leder till att förlossningsskador inte upptäcks och att kvinnor inte får den vård de behöver. Det huvudsakliga innehållet i eftervårdsbesöket ska därför vara detsamma oavsett var i landet kvinnan har fött barn.

Moderaterna föreslår att det tas fram nationella riktlinjer bland annat i syfte att se över hur det lämpligast går att utöka mödravårdens ansvar för eftervården och ta fram tydliga riktlinjer kring eftervårdsbesök och rutiner gällande övriga delar av eftervården. Genom tydliga nationella riktlinjer gällande uppföljning av kvinnors hälsa i eftervården, till exempel avseende amningsproblem, förlossningsskador eller förlossningsdepression, kan dessa upptäckas tidigare och rätt åtgärder kan vidtas. Eftervården ska vara jämlik i hela landet.

Moderaterna föreslår därutöver att regeringen sätter ett särskilt fokus på eftervården när det gäller att det i dagsläget saknas skriftliga rutiner för att identifiera och ge stöd och behandling av psykisk ohälsa hos kvinnor efter att förlossningen är avklarad.

¹² Socialstyrelsen 2017. Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.

Studier visar att uppemot var sjunde kvinna drabbas av någon form av depression eller depressionsliknande tillstånd efter genomförd förlossning.

Socialstyrelsen har på eget initiativ startat ett arbete med att ta fram ett kunskapsstöd för mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården, främst riktat till professionen. Regeringen har därefter i juni 2021 gett i uppdrag åt Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer och komplettera kunskapsstöd för förlossningsvården inklusive mödrahälsovården och eftervården.¹³ Vi föreslår att riksdagen ger regeringen i uppdrag att genomföra nationella riktlinjer med bland annat ovanstående redovisade förslag i motionen. Därutöver bör regeringen regelbundet redovisa hur arbetet fortskrider.

Tillgänglig specialistvård gällande förlossningsskador

En hel del kvinnor vittnar om att deras förlossningsskador inte har tagits på allvar, att de inte fått en fullgod behandling eller att det tagit flera år innan de fått rätt behandling. Så ska det givetvis inte vara. En viktig del i att kvinnor med förlossningsskador får en fullgod vård är i form av specialistvård med kompetens för förlossningsskador som kan hantera både vanliga och ovanliga skador.

De mest komplicerade förlossningsskadorna som drabbar mindre än två av hundra kvinnor som fött barn sker genom nationell högspecialiserad vård. Ungefär 8 av 10 kvinnor som har fött barn drabbas dock av så kallade grad 2-ristningar. I de fall dessa ristningar inte läker normalt måste de få tillgång till specialiserad vård. Moderaterna föreslår att regeringen kompletterar sitt uppdrag till Socialstyrelsen avseende att utarbeta nationella riktlinjer i syfte att dessa ska adressera frågan om enhetlighet gällande tillgänglig specialistvård som hanterar förlossningsskador som kräver mer uppföljning och eftervård.

Hälsofrämjande åtgärder – stöd gravida med övervikt och fetma

Övervikt och fetma har blivit allt vanligare hos gravida i Sverige. Omkring var fjärde gravid kvinna hade övervikt år 2015, och drygt en tiondel hade fetma. Övervikt och fetma ökar risken för missfall, graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning. Risken ökar för det nyfödda barnet att få andningsproblem eller lågt blodsocker. Fetma medför att risken ökar kraftigt att barnet är dött när det föds, även om detta är ovanligt. På grund av riskerna för gravida med övervikt och fetma pekar Socialstyrelsen på att det behövs metoder för att ge olika typer av stöd för livsstilsförändringar som fungerar.¹⁴

Moderaterna föreslår att regeringen kompletterar sitt uppdrag gällande att ta fram nationella riktlinjer med att Socialstyrelsen ska ta fram förslag på metoder och rutiner för hur stöd och hjälp kan ges till gravida som lider av övervikt eller fetma i syfte att undvika långsiktiga hälsoproblem för såväl kvinnan som det nyfödda barnet. Socialstyrelsen har hittills pekat på att det krävs olika typer av stöd för livsstilsförändringar som fungerar före, under och efter graviditeten.¹⁵

¹³ Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården. Diarienummer S2021/05135.

¹⁴ Socialstyrelsen. 2019. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.

¹⁵ Ibid.

En tillgänglig och jämlik specialistvård för smärta

Det finns studier som visar att förekomsten av långvarig smärta är uppemot dubbelt så hög hos kvinnor som hos män.¹⁶ Kvinnors och mäns immunsystem kan fungera olika. Flera sjukdomar drabbar i högre grad kvinnor än män, till exempel ledgångsreumatism och fibromyalgi. Därtill kommer kvinnosjukdomar så som endometriosis och vestibulit. Patientorganisationer har pekat på att bemötandet av personer som söker sig till hälso- och sjukvården på grund av smärta präglas av misstro. Det handlar bland annat om brist på kunskap och en tendens att sjukskriva istället för att försöka behandla och rehabilitera.¹⁷

En kartläggning visar att primärvården saknar kompetens och struktur för att hantera patienter med långvarig smärta.¹⁸ Trots att långvarig smärta av högst rimliga skäl kan kallas en folksjukdom så prioriteras inte specialiserad vård för de som många gånger tvingas att lida i tysthet. Det saknas i många fall multidisciplinära smärmtottagningar.¹⁹ En konsekvens av detta är att det saknas både läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor och nya läkare som vill inrikta sig mot smärtlindring.²⁰ När det inte finns tillgång till specialiserad vård dit allmänläkare kan remittera smärtpatienter och det dessutom inte finns en strukturerad hantering av patienterna inom vare sig primär- eller specialistvården faller många patienter mellan stolarna. Socialstyrelsens rapport konstaterar att tillgången till smärtspecialister är en viktig förutsättning för till exempel en fullgod vård av dem som drabbats av endometriosis, och konsultation av smärtspecialist ingår också i de nationella riktlinjerna.²¹

Moderaterna föreslår att regeringen ska ge i uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta förslag till inriktning för hur specialistvård för smärta ska kunna finnas tillgänglig på ett jämlikt sätt för alla patienter som är i behov av detta och hur primärvården ska kunna ges ett kunskapsstöd i syfte att kunna hjälpa och stödja patienter med långvarig smärta.

Regeringen måste vidta åtgärder i linje med vad Statens beredning för medicinsk och social utvärdering kommer visa gällande fibromyalgi

Fibromyalgi är en kronisk smärtsjukdom som omkring två till fem procent av befolkningen i Sverige är drabbade av. Av dem som har fibromyalgi är mer än 8 av 10 drabbade kvinnor.²² Vanliga symtom vid fibromyalgi är utbredd smärta i kroppen, främst i nacke, axlar och nedre delen av ryggen. Det finns en del som talar för att fibromyalgi kan vara ärftligt.²³

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar och analyserar effekterna av behandling och rehabilitering vid fibromyalgi. Denna utvärdering ska vara klar i december 2021.²⁴ I dagsläget behandlas fibromyalgi på olika sätt i olika regioner och det finns även skillnader mellan olika vårdutövare inom

¹⁶ Sveriges Kommuner och Regioner. 2016. Nationellt uppdrag: Smärta.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Socialstyrelsen. 2019. Utvärdering av vård vid endometriosis.

²² Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). 2021.

²³ Se exempelvis forskning.se samt Vårdguiden 1177.

²⁴ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). 2021.

primärvården. Moderaterna föreslår att regeringen skyndsamt när SBU:s utvärdering är slutförd vidtar åtgärder som möter vad analysen visar gällande behandling av fibromyalgi. Det finns anledning att bland annat överväga att ta fram och genomföra nationella riktlinjer för behandling av fibromyalgi.

Stärk migränvården – ta fram nationella riktlinjer och vårdprogram

Över 1,4 miljoner människor i Sverige är drabbade av folksjukdomen migrän. Det betyder att omkring 14 procent av befolkningen i Sverige är direkt berörda av migrän. Indirekt är nära familj och anhöriga på olika sätt också påverkade av migrän.²⁵ Detta är en folksjukdom i ordets breda betydelse. Det är mer än dubbelt så vanligt att kvinnor drabbas av svår huvudvärk jämfört med män. Det beror bland annat på kvinnors hormonförändringar vid menstruation, graviditet och klimakteriet.²⁶

Det finns stora regionala skillnader, och omfattande skillnader inom samma region, när det gäller tillgång till migränvård. Nuvarande migränvård är ojämlik gällande tillgänglighet och kvalitet. Migrän påverkar människors liv negativt känslomässigt. Andra upplevelser är känslan av att vara begränsad och inte kunna leva upp till omgivningens förväntningar.

Det finns inga aktuella beräkningar av hur stora kostnaderna är för Sverige gällande dem som drabbas av migrän. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering beräknade år 2010 att samhällets direkta kostnader omfattade minst en miljard kronor per år. De direkta kostnaderna rör till största delen utbetalad sjukpenning och sjukersättning samt sjukvårdskostnader och kostnader för läkemedel. De indirekta kostnaderna handlar i huvudsak om produktionsbortfall, vårdresor, väntan på att få vård samt förlorad arbetstid och fritid.

Moderaterna föreslår att det tas fram och genomförs nationella riktlinjer och ett nationellt vårdprogram och uppföljning av migränvård. Syftet med riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom migränvård. Bristen på nationella riktlinjer försvårar för patienter med kronisk migrän eller svår besvärande återkommande huvudvärk. Underdiagnostik och underbehandling av dessa patienter är vanligt. Det finns mönster av regionala skillnader gällande omhändertagande, diagnostik och behandling. Migränvårdens kvalitet och jämnhet måste förbättras.

När ett område väljs ut inom hälso- och sjukvården att bli föremål för nationella riktlinjer är ett viktigt kriterium att området ska omfatta en stor grupp med svår kronisk sjukdom som tar i anspråk omfattande samhällsekonomiska resurser. Vi har svårt att se hur kronisk migrän och andra återkommande svåra sjukdomar kopplade till migrän och annan svår huvudvärk inte skulle uppfylla detta kriterium.

I övrigt hänvisar vi till motionen *Patienten har rätt till jämlik migränvård av hög kvalitet* som innehåller fler konkreta reformförslag i syfte att utveckla och förbättra migränvården. Dessa förslag handlar bland annat om att genomföra nationell kunskapsstyrning och kvalitetsregister. Därutöver att till exempel utreda möjligheterna att inrätta regionala kunskapscentrum för migränvård.

²⁵ Huvudvärksförbundet.

²⁶ Ibid.

Säkerställ metodisk kunskap gällande sjukdomen ME/CFS – att kunna ställa diagnos och genomföra klinisk forskning

Sjukdomen ME/CFS brukar definieras som kroniskt trötthetssyndrom och är en sjukdom som kan innefatta många olika symtom, som stor trötthet och influensaliknande symtom. ME betyder myalgisk encefalomyelit, och det handlar alltså om muskelvärk och inflammation i hjärna och ryggmärg. ME är en allvarlig, ofta kronisk, sjukdom där nervsystem, immunförsvar och energinivå är påverkade.

Forskning talar för att överansträngning kan utlösa en sänkning av den aeroba energiproduktionen, som i många fall blir långvarig eller i värsta fall bestående. Forskning och läkarefarenheter har konstaterat att ME är en påtagligt funktionsnedsättande sjukdom.²⁷ Det finns mellan 10 000 och 40 000 personer i Sverige som är drabbade av ME/CFS.²⁸

Det finns en hel del som pekar på att långtidscovidvården och vården som rör dem som har sjukdomen ME/CFS har beröringspunkter med varandra och kan dra nytta av lärdomar och gjorda erfarenheter och kunskap som byggs på kontinuerligt. Detta inte minst eftersom ME/CFS har ett samband med virusutbrott. Det sker en ökad kunskapsuppbyggnad kring frågor som rör infektionsutlöst trötthetssyndrom.

Moderaterna föreslår att regeringen ska ge i uppdrag att säkerställa metodisk kunskapsuppbyggnad gällande sjukdomen ME/CFS. Detta kommer kräva bland annat en systematisk utbildningsinsats till såväl primärvården som specialistvården i syfte att säkerställa att diagnoser kan ställas tidigare och säkrare. Därutöver krävs klinisk forskning som kan leda till att kunskapen ökar om sjukdomens alla komplexa delar. Regeringen bör överväga om till exempel Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att ta fram ett sådant kunskapsstöd till i första hand professionen gällande sjukdomen ME/CFS.

Stärk forskningen gällande sjukdomar som drabbar kvinnor

Det finns stora brister och variationer i den hälso- och sjukvård och forskning som rör kvinnorelaterade sjukdomar. Forskning gällande kvinnors sjukdomar och kvinnors hälsa har varit och är fortfarande lågt prioriterat. Det handlar om alla stora sjukdomsgrupper där forskning och behandling varit baserade på män. Det saknas mycket forskning gällande kvinnors sjukdomar samt sjukdomar kopplade till exempelvis graviditet. När det gäller dessa sjukdomar finns det också en koppling till framtida hjärt-kärlsjukdomar. Havandeskapsförgiftning är ett sådant exempel.

Hjärt-kärlsjukdomar drabbar båda könen i lika hög grad. Samtidigt får kvinnor inte lika bra hjärtvård som män vid till exempel hjärtinfarkt. Kvinnor kan exempelvis få felställda diagnoser på grund av att deras kranskärl ser normala ut, detta trots att kvinnor kan ha hjärtinfarkt utan att ha förträngningar i kranskärlen. Det är besvärande att kvinnor i stor utsträckning har saknats i många forskningsstudier.

År 2007 fick Forte, tidigare Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, ett uppdrag från den förra borgerliga regeringen att stödja forskning om kvinnors hälsa. Inom ramen för ett forskningsprogram delades 90 miljoner kronor ut över tre år och det bidrog till att öka kunskapen kring könsskillnader inom hälso- och sjukvård.²⁹ År 2014

²⁷ Se exempelvis Riksförbundet för ME-patienter.

²⁸ Rapporter från riksdagen 2020/21:RFR16. Digital offentlig utfrågning om sjukdomen ME/CFS och infektionsutlöst trötthetssyndrom. Socialutskottet i Sveriges riksdag.

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner; 2016/17:10 Makt, mål och myndighet – feministisk politik.

tillsatte den förra borgerliga regeringen utredningen Uppföljning av utvecklingen mot jämställdhet, samt jämställdhetspolitikens genomförande och effektivitet. Inom ramen för utredningen presenterades ett avsnitt om hälsa och där fanns ett antal förslag, däribland att inrätta jämställd hälsa som ytterligare ett jämställdhetspolitiskt delmål.³⁰ Ett sådant finns nu på plats.

Moderaterna anser att det är centralt att långsiktigt stärka och säkra den patientnära kliniska forskningen inom vården, och att denna forskning utgår ifrån både kvinnors och mäns förutsättningar. Patienten är också en stor och viktig resurs i all vård och omsorg. För att detta ska bli konkret verklighet ska samarbete med patienter och patientföreningar vara centralt i utvecklingen av ny teknik, nya metoder och forskning.

Moderaterna föreslår att resurser prioriteras för forskning gällande kvinnorelaterade sjukdomar. Denna prioritering är långsiktig och ska ge möjligheter att bedriva såväl grundläggande som klinisk forskning. Därutöver prioritera att möjliggöra fler kliniska studier och forskning om effektivare behandlingsmetoder gällande kvinnorelaterade sjukdomar.

Uppföljning i kvalitetsregister och utvärdering av nationella riktlinjer

De nationella kvalitetsregistren underlättar uppföljning, utvärdering och analyser av vårdinsatser och processer, behandlingar och medicinering. En avgörande problematik med dagens kvalitetsregister är emellertid att dessa inte alltid uppdateras i realtid. På grund av det kommer inte alltid ny kunskap vården och patienterna till del så snabbt som den skulle kunna. Därtill finns det inget övergripande system för dessa register.

Det är bra att det finns politisk enighet om att nuvarande kvalitetsregister rörande gynekologisk kirurgi, assisterad befruktning och graviditetsregistret behövs och är i behov av långsiktiga resurser. Samtidigt så är detta inte tillräckligt. Vården gällande kvinnorelaterade sjukdomar ska styras och utvecklas metodiskt. Mätning och utvärdering med tillförlitliga jämförbara data är helt centralt. Att kunna systematiskt mäta, utvärdera och öppet redovisa väntetider, medicinska resultat och patientnöjdhet stärker vårdens långsiktiga kvalitet och effektivitet.

Moderaterna föreslår att det tas fram en nationell standardisering gällande användande av kvalitetsregister. Detta dels för att registren ska kunna kopplas till varandra, dels för att data enkelt ska kunna användas och jämföras mellan olika register. Registren underlättar utvärdering av vårdinsatser, processer, behandlingar och medicinering. De nationella kvalitetsregistren inom cancervården är till exempel en avgörande del för att metodiskt genomföra förbättringar inom olika cancerområden.

Moderaterna föreslår att de nationella vårdprogrammen gällande all typ av gynekologisk cancer ska följas upp regelbundet i syfte att säkerställa efterlevnad. Därutöver föreslår vi att regeringen ska ge i uppdrag att genomföra en översyn i syfte att ge förslag på hur det kan säkerställas att patientregister även inkluderar diagnoser som ställs av till exempel barnmorskor och psykologer.

Regeringen.

³⁰ SOU 2015:86, forskarrapporter till Jämställdhetsutredningen.

Genomför regelbunden uppföljning och utvärdering av förekomst av ojämlig vård och underbehandling av kvinnors sjukdomar

Kvinnor lever i genomsnitt ungefär tre år längre än män i Sverige, men trots detta rapporterar kvinnor sämre hälsa än vad män gör. Det föreligger skillnader inom vården vad gäller både kunskap om symtom, diagnos och behandling beroende på om du är man eller kvinna. Förekomsten av sjukdomar skiljer sig åt och samma sjukdom kan ge olika symptom beroende på kön.³¹ Vid behandling av hjärt-kärlsjukdom behandlas kvinnor i lägre grad enligt de nationella riktlinjerna och får också i lägre grad än män medicinsk behandling med bevisad nytta. Det förekommer alltså en underbehandling av kvinnor med hjärt-kärlbesvär, men det är inte det enda område där kvinnor underbehandlas. Det förekommer även vid till exempel stroke, diabetes och benskörhet. Vidare har kvinnor mer smärta än män innan de opereras för ländryggsbesvär och det tar även längre tid innan kvinnor får tillgång till nyare dialysteknik.³²

Moderaterna föreslår att regeringen ger i uppdrag åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att särskilt följa upp, analysera, utvärdera och föreslå konkreta rekommendationer och åtgärder för att komma till rätta med de skillnader som föreligger inom hälso- och sjukvården gällande kunskap om symtom, diagnos och behandling beroende på om du är man eller kvinna. Vi föreslår vidare att regeringen säkerställer att det sker en frekvent regelbunden uppföljning och utvärdering av förekomst av ojämlig vård och underbehandling av kvinnors sjukdomar.

Stärk kvinnors aborträtt – öka kvinnors självbestämmande och ta vara på de medicinska framstegen

Den fria aborträtten har ett mycket starkt stöd hos svenska folket. För Moderaterna är det fundamentalt: Reproduktivt självbestämmande är en grundläggande mänsklig rättighet, och helt avgörande för ett jämställt samhälle. Men då har man också ett centralt åtagande och ansvar för att noggrant följa utvecklingen och se till att regelverket fungerar på bästa möjliga vis.

En människas rätt till sin egen kropp anser vi vara helt grundläggande för den individuella friheten. I denna rätt ingår kvinnans val att utföra en abort vid oönskad graviditet. Moderaterna ställer sig helt bakom den svenska abortlagstiftningen i alla dess delar. Och det kommer aldrig vara öppet för politiska förhandlingar eller kompromisser.

Enligt svensk abortlagstiftning gäller fri aborträtt till vecka 18 i graviditeten. Efter den tidsgränsen behöver Socialstyrelsen godkänna en ansökan om abort, vilket innebär en utredning av kurator och läkare. Sverige behöver emellertid modernisera abortlagstiftningen. Tack vare stora medicinska framsteg finns idag goda möjligheter att öka många kvinnors självbestämmande och anpassa vården efter individuella behov. Det kräver att lagen justeras. Lagstiftningen börjar bli föråldrad. När dagens abortlagstiftning infördes handlade varje abort om ett kirurgiskt ingrepp. Idag är 9 av 10 aborter medicinska.³³

Det finns stora möjligheter att öka självbestämmandet och anpassa vården efter den enskilda kvinnans behov. Det skulle med lagändringar vara möjligt för kvinnor att efter konsultation hämta ut sin abortmedicin på apotek. Idag måste fortfarande alla aborter i

³¹ Sveriges Kommuner och Regioner, 2016. Nationellt uppdrag: Smärta.

³² Sveriges Kommuner och Regioner, 2019. (O)jämsliddhet i hälsa och vård.

³³ Socialstyrelsen. 2019. Statistik om aborter 2019.

Sverige genomförs på sjukhus. Detta trots att hemmet kan upplevas vara en betydligt tryggare miljö.

Moderaterna föreslår att abortlagen (1974:595) utvecklas och moderniseras bland annat så att kvinnor som vill efter konsultation ska kunna hämta ut medicinen på apotek. Därmed kan hela den medicinska aborten genomföras i hemmet. Det stöd och den rådgivning som idag erbjuds ska fortsatt erbjudas, och rätten till hjälp via sjukhus ska fortsatt garanteras. En statlig utredning som tar fram ett konkret förslag ska tillsättas. Syftet ska vara att förenkla för kvinnor vid beslut om abort och stärka deras självbestämmande och trygghet.

Moderaterna föreslår därutöver att regeringen ger i uppdrag att utreda möjligheterna att tillåta att specialiserade barnmorskor utför medicinsk abort. Svenska barnmorskor har en unik roll i mödrahälsovården och arbetar redan idag med behandling i samband med abort. Denna erfarenhet och kompetens vill vi tas till vara.

I Sverige sker majoriteten av alla aborter tidigt i graviditeten. Andelen tidiga aborter (utförs innan vecka 10) har ökat från 45 procent i början av 1980-talet till över 80 procent idag.³⁴ Det är därmed oacceptabelt att enskilda kvinnor ska behöva vänta på att få utföra en abort, inte minst då det är ett tidskritiskt läge. Moderaterna föreslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels kartlägga väntetiderna, dels lägga fram förslag på en tidsgaranti för aborter.

Idag bedrivs världsledande forskning om medicinska aborter på Karolinska institutet i Stockholm. Forskningen som bedrivs där lägger grunden för mycket av den kunskap och praktik vi ser idag på området. Det är därmed viktig forskning för Sverige och andra delar av världen. Moderaterna prioriterar och vill öka stödet till denna forskning i samband med att abortlagstiftningen utvecklas och moderniseras. Alla kvinnors rätt till abort ska stärkas. Så kan kvinnors självbestämmande öka och de medicinska framstegen tas till vara.

Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa måste stärkas

Folkhälsomyndigheten är ansvarig för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. De ansvarar även för att följa utvecklingen på området. Hösten 2019 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Den kom ut förra året och fick namnet ”Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)”.³⁵

I juni i år så fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att ta fram en handlingsplan för arbetet med SRHR. Handlingsplanen ska konkretisera målsättningarna i den nationella SRHR-strategin och fungera som en plattform för det fortsatta SRHR-arbetet i Sverige.³⁶

Det är bra att en nationell handlingsplan är på gång. I den nationella strategin står uttryckligen att det behövs regionala och kommunala handlingsplaner för SRHR som konkretiserar prioriteringar, aktiviteter och åtgärder. Därför vill Moderaterna ge i upp-

³⁴ <https://ki.se/forskning/saker-abort-raddar-kvinnors-liv>.

³⁵ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>.

³⁶ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/juni/en-kommande-nationell-handlingsplan-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>.

drag till Folkhälsomyndigheten att göra en översyn av hur långt kommuner och regioner har kommit i arbetet med de regionala och kommunala handlingsplanerna för SRHR.

I den nationella strategin finns ett övergripande mål och fyra delmål. Det övergripande målet lyder ”en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen”. Ett av delmålen är reproduktion och reproduktiv hälsa och uttrycks: ”Alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn samt har rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort.”³⁷

Moderaterna föreslår att regeringen ska ge i uppdrag till Folkhälsomyndigheten att göra en översyn av kommunernas och regionernas arbete att genomföra handlingsplaner kopplade till den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

SRHR är ett stort område och i denna motion har vi fokuserat på den reproduktiva hälsan och ofrivillig barnlöshet. Mellan 15 och 20 procent av alla kvinnor drabbas av ofrivillig barnlöshet.³⁸ Ofrivillig barnlöshet uppstår efter ett års försök att bli gravid. Enligt WHO så är ofrivillig barnlöshet klassat som en sjukdom – en sjukdom som inte är dödlig men som orsakar stor ohälsa hos dem som drabbas. Precis som med alla sjukdomar så är det bästa om man förebygger dem och de aldrig uppstår. Några av de forskare som undersöker hur man förebygger ofrivillig barnlöshet, är forskarna inom det EU-finansierade Repro Union som är ett dansk-svenskt samarbete. Ett av deras fem fokusområden är just förebyggande av ofrivillig barnlöshet.³⁹ Kunskapen om reproduktiv hälsa och fertilitet är låg i samhället. I skolan lär vi oss hur man skyddar sig från att bli gravid men inte hur svårt det kan vara att bli gravid. Vi behöver få fler att prata om fertilitet och hur snabbt den minskar ju äldre man blir. Sexualundervisning på gymnasiet borde även ta upp ofrivillig barnlöshet. Det behövs mer forskning om hur vi bäst arbetar förebyggande. Fokusgrupper hos Repro Union visar att personer i alla åldrar i studien oavsett kön hade bristfällig kunskap om att kvinnlig fertilitet minskar kraftigt med åldern och att högre ålder hos män också påverkar fertilitet. Deltagarna önskade att de fått lära sig om fertilitet och infertilitet i skolan.

Förutom ökad kunskap behövs bättre vård för de som är ofrivilligt barnlösa. På Folkhälsomyndighetens hemsida finns en sida uppdaterad i augusti i år där uppföljning av SRHR har gjorts. Under det man benämner som utvecklingsindikatorer hamnar ofrivillig barnlöshet. En utvecklingsindikator innebär att man ”inte har dataunderlag i nuläget eller där dataunderlaget behöver utvecklas”.⁴⁰ Så att området ofrivillig barnlöshet behöver utvecklas och förbättras bör det inte råda några tvivel om.

Det finns idag patientföreningar som är duktiga på att sprida kunskap om ofrivillig barnlöshet, såsom Riksförbundet Ofrivillig Barnlöshet som har funnits sedan 1985 och som informerar och ger stöttning och rådgivning.⁴¹

Det behövs mer förebyggande insatser, mer information, bättre bemötande samt mer stöttning och rådgivning till de som är ofrivilligt barnlösa. Det behövs också en stärkt vård inom området ofrivilligt barnlösa. Två sätt att stärka vården är att öka antalet försök inom den offentliga vården för att bli gravid och att även få hjälp vid barn

³⁷ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>, sidan 7.

³⁸ <https://www.barnloshetsverige.se/>.

³⁹ <https://reprounion.eu/challenge-5-fertility-awareness/>.

⁴⁰ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d3958cf047a41b08c20aecd28eed063/bilaga-1.-uppfoljning-av-srhr.pdf>, sidan 1.

⁴¹ <https://www.barnloshetsverige.se/>.

nummer två. Moderaterna föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att se över hur man kan stärka vården för ofrivilligt barnlösa.

PCOS – den vanligaste orsaken till infertilitet

PCOS innebär att en person har många äggblåsor på ena eller båda äggstockarna och samtidigt ofta mycket testosteron i kroppen. PCO står för polycystiska ovarier, som betyder ”många små äggblåsor på äggstockarna”.⁴² Symtomen varierar från person till person. Man kan emellertid ha PCOS utan att ha några symptom alls.

PCOS drabbar mellan 10 och 15 % av alla kvinnor i fertil ålder. Det är en av de vanligast förekommande hormonella rubbningarna.⁴³ Hormonrubbningen kan göra det svårt att bli gravid, men det finns hjälp att få. Det vanligaste är att man upptäcker sjukdomen vid svårigheter att bli gravid. Många får diagnosen när de är mellan 20 och 30 år.

PCOS är den vanligaste orsaken till infertilitet och beror på att den som har sjukdomen inte får ägglossning. Det handlar inte om att den som har sjukdomen har för få ägg. Tvärtom brukar kvinnor med sjukdomen ha fler ägg än andra och kan ofta få barn högre upp i åldern – det är vanligt att komma i klimakteriet lite senare än genomsnittet.⁴⁴ Ägglossningen och en mer regelbunden mens kommer ofta igång närmare 40-årsåldern.

Diagnosen för PCOS sker ofta i samband med att man har svårigheter att bli gravid. Ofrivillig barnlöshet i flera år på grund av att man är odiagnostiserad för PCOS kan innebära mycket onödigt lidande. Därför är tidigt ställd diagnos viktigt, liksom att ungdomsmottagningar kan fånga upp ungdomar med sjukdomen. Få får emellertid en diagnos ställd, och underdiagnostiseringen är därmed omfattande.

Det finns en del forskning gjord på området, bland annat om att kvinnor med PCOS inte har förhöjd risk för dödlighet. ”Trots flera riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom i yngre åldrar fanns ingen ökad sjuklighet i hjärtinfarkt eller stroke. Kvinnorna med PCOS, som är följda till över 80 års ålder, hade ingen ökad dödlighet jämfört med kontrollerna, varken i form av hjärtkärlrelaterad dödlighet eller total dödlighet.” Detta kan bero på möjliga skyddsfaktorer, såsom att de med sjukdomen har ett fördröjt klimakterium och hormonella faktorer, som skiljer sig från kontrollernas.

Detta är en sjukdom som är helt känd för många. PCOS Sverige är en organisation som sprider information och försöker skapa medvetenhet kring sjukdomen.

Moderaterna föreslår att regeringen ger uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram och genomföra ett metodiskt kunskapslyft gällande PCOS i syfte att öka utbildningen och kunskapen om denna sjukdom i hälso- och sjukvården och elevhälsan och på ungdomsmottagningarna.

Klimakteriet – mycket mer än bara vallningar

Klimakteriet är tiden innan och efter en kvinnas sista mens, kallat menopaus. Klimakteriet kallas ibland för övergångsåldern. Alla kvinnor genomgår klimakteriet, men hur

⁴² <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/konsorgan/livmoder-och-aggstockar/polycystiskt-ovarialsyndrom--pcos/>.

⁴³ <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/kropp-och-kon/fittfakta/smarta-och-ohalsa/pcos/>.

⁴⁴ <https://www.kry.se/fakta/pcos/>.

mycket och på vilket sätt man påverkas skiljer sig. För en del kan det vara en positiv tid med känsla av förnyelse och för andra en mycket svår tid med kroppsliga besvär och ohälsa.⁴⁵ Det symptom som nog de flesta känner till är att man kan drabbas av svettningar och vallningar. Det är faktiskt upp till tre av fyra kvinnor som får just detta symptom.

Klimakteriet är så mycket mer än bara vallningar. Då östrogenproduktionen minskar ökar risken för benskörhet. Benskörhet ökar i sin tur risken för frakturer. Kvinnor får ökad risk för hjärtinfarkt efter menopausen som en effekt av att östrogenproduktionen minskar, och risken för åderförkalkning ökar. Tips till kvinnor i klimakteriet brukar vara att förbättra sina levnadsvanor, vilket kan göra stor skillnad. Allt fler böcker kommer ut i ämnet, och en av de mest uppmärksammade är ”Stark genom klimakteriet: fysiskt, psykiskt, mentalt” och ”Stark 50 +: hormoner, sömn, kost, träning”, som Monika Björn har skrivit.

Socialstyrelsen har gett ut ett informationsblad tänkt att användas vid samtal eller läggas i väntrum. Det är ett bra material, men det behövs mer stöttning till vården för att kunna stötta alla de kvinnor som går igenom klimakteriet. För hälften av Sveriges befolkning ska igenom detta stadium, om än med olika svårighetsgrad. Det finns idag inga nationella riktlinjer för klimakterievård. Moderaterna föreslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma nationella riktlinjer om klimakterievård.

Camilla Waltersson Grönvall (M)

Johan Hultberg (M)

Ulrika Heindorff (M)

Ulrika Jörgensen (M)

John Weinerhall (M)

Noria Manouchi (M)

Marie-Louise Hänel Sandström (M)

Ann-Britt Åsebol (M)

⁴⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/levnadsvanor-och-klimakteriet-infoblad.pdf>.