

Proposition 5: Vård och omsorg

I detta dokument återges de förslag inom *Proposition 5: Vård och omsorg* som är av störst relevans för oss i Moderatkvinnorna. Syftet med dokumentet är att ge en överblick över vilka reformer som är särskilt viktiga för oss, samt tydliggöra hur vi bör arbeta vidare med dem under stämmoprocessen.

Moderatkvinnornas reformarbete har redan idag gjort stort avtryck både i regeringen och i Moderaternas politik och i denna proposition ser vi fortsatt att många av Moderatkvinnornas politikförslag står med, dessa finns under rubriken **Att bevaka**. Vi ser dock också ett behov av att föra in fler förslag, och dessa finns under rubriken **Moderatkvinnornas tillägg**.

Att bevaka

Under denna rubrik finns de reformförslag som redan ingår i partistyrelsens propositioner. Att de är med innebär inte att arbetet är klart, tvärtom behöver vi vara aktiva i både utskottsbehandlingar och plenum för att försvara förslagen och arbeta för att de röstas igenom.

Varje punkt under *Att bevaka* presenteras i följande ordning:

- **Att-sats** (i fetstil)
- Kort argumentationstext
- Utdrag ur Moderatkvinnornas stämmohandling eller reformskrift (fördjupat underlag)

Moderatkvinnornas tillägg

Under denna rubrik finns de förslag som vi bör arbeta för att lägga till i propositionen i form av tilläggsatt-satser. Till skillnad från förslagen under **Att bevaka** följer dessa inte en helt enhetlig struktur. Varje förslag kan därför se lite olika ut:

- Förslag på **tilläggsatt-sats** (i fetstil) finns alltid.
- I vissa fall finns en brödtext (förklarande motiveringstext) som vi vill lägga till i propositionen som komplement till att-satsen. När sådan finns används den i stället för utdrag ur reformprogrammet.
- I andra fall saknas brödtext. Det beror då på att propositionen redan innehåller en tillräckligt bra text som underbygger att-satsen.
- Till alla förslag här finns det en kortare argumentationstext som stärker att-satsen.

Har du förslag på ytterligare reformer som vi bör argumentera för ska vara med i propositionerna till arbetsstämman? Hör då av dig på mail till Amanda Håkansson på amanda.hakansson@moderaterna.se

Att bevaka

Att-24, att förlossningsvården ska präglas av hög kvalitet och kontinuitet

Kort argumentation:

För att svensk förlossningsvård ska behålla sin världsledande position måste målet vara att så många barn som möjligt överlever, och att varje födande kvinna erbjuds en trygg och positiv förlossningsupplevelse. Det är därför viktigt att vi fortsätter satsa på kvalitetshöjande insatser inom förlossningsvården.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- I Sverige ska man känna sig trygg med att bilda familj, och inga hinder för detta ska finnas. Detta gäller från graviditeten, under och efter förlossningen, samt genom barnets uppväxt. Ingen kvinna i Sverige ska välja bort att bilda familj för att de inte litar på den svenska förlossningsvården. Det är av yttersta vikt att kvinnor känner sig trygga genom sin graviditet och förlossning, och att delaktigheten och självbestämmandet i den egna förlossningen ökar.
- Enligt en rapport från Socialstyrelsen finns det skillnader i vården efter förlossning, såväl mellan sjukhus som mellan regioner. Det finns nationella riktlinjer framtagna av professionsföreningar som anger att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal med barnmorska under vårdtiden eller senare per telefon om det inte är möjligt att träffas. Utöver det finns inga särskilda riktlinjer kring uppföljningen den närmsta tiden efter förlossningen.
- Enbart en tredjedel av sjukhusen följer alltid upp kvinnors hälsa efter hemgången från sjukhuset och ungefär hälften följer upp i vissa fall. Men många sjukhus följer inte alls upp förlossningen. Mödrahälsovården följer inte upp kvinnornas hälsa förrän 6–8 veckor efter förlossningen. Under den tiden kan mycket ha hunnit hända. Barnavårdscentralen följer förvisso upp barnet efter 1–2 veckor efter förlossningen men fokus är då på barnet och inte på mamman.
- Bristerna i uppföljning riskerar leda till att vissa kvinnors hälsa utvecklas på ett negativt sätt. Genom tidigare uppföljning kan allt från amningsproblem till förlossningsdepression uppmärksammas tidigare och åtgärdas. Ansvaret för mödrahälsovården bör därför utökas till att även omfatta uppföljning av kvinnors hälsa inom 1–2 veckor efter förlossningen och vid behov erbjuda den vård som behövs, alternativt hänvisa kvinnan till rätt vårdinstans. Genom att uppföljningen sker av samma barnmorska som kvinnan träffat under graviditeten stärks också kontinuiteten i vården.

Att-25, att det inrättas ett nationellt program för eftervården likt det som finns för mödrahälsovården och barnhälsovården

Kort argumentation:

Sverige har ett väl utbyggt program inom mödrahälsovården inför förlossning, men eftervården är såväl otillräcklig som ojämlik. I Sverige är mödra- och barnadödligheten låg, mycket tack vare den väl utbyggda mödravård som erbjuds i hela landet. Efter förlossningen saknas dock ett uppföljande nationellt program för kvinnan som fött barn.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- Vid en okomplicerad förlossning är eftervården kort. Det råder dock ingen enighet kring vad en okomplicerad eller normal förlossning är. Socialstyrelsen konstaterar att både en förlossning utan interventioner och en förlossning utan farmakologisk smärtlindring kan definieras som normal eller okomplicerad. År 2022 var medelvårdtiden efter förlossning 1,6 dygn vid vaginal födsel och 2,7 dygn efter kejsarsnitt. Förstföderskor vårdades i snitt ett dygn längre än omföderskor.
- Vården skiljer sig stort mellan olika regioner. Vissa erbjuder hembesök under barnets första levnadsvecka. Efter den första veckan skrivs det medicinska ansvaret för barnet över till barnhälsovården. Alla regioner erbjuder den födande ett till två besök 6–16 veckor efter förlossningen. Vissa regioner erbjuder fler besök vid behov, och den som haft en komplicerad graviditet eller förlossning kan erbjudas återbesök hos läkare, psykolog eller fysioterapeut. I de flesta fall ska en gynekologisk undersökning erbjudas och bäckenbotten samt knipförmågan utvärderas i eftervårdsbesöket. I vissa regioner erbjuds detta dock enbart vid behov.
- I Frankrike erbjuds alla födande 10–20 träningstillfällen med en specialiserad fysioterapeut för att stärka, återuppbygga och träna bäckenbotten. Dessa erbjuds alla kvinnor, oavsett symptom. Därefter följer ofta remiss till en PT för träning av magmuskulaturen. Som regel erbjuds 10 tillfällen.
- Det franska programmet infördes 1985 för att motverka inkontinens och framfall samt återställa sexuell funktion – alla viktiga faktorer för kvinnors hälsa och välmående. Detta är ett av flera internationella exempel som Sverige kan inspireras av vid utformningen av ett svenskt eftervårdsprogram.

Att-26, att kvinnors vilja gällande förlossningssätt, exempelvis vid förlossningsrädsla, bättre tas om hand inom förlossningsvården på ett jämlikt sätt i hela landet

Kort argumentation:

I dag kan man som kvinna i Sverige inte själv bestämma hur man vill bli förlöst och det varierar stort från region till region hur mycket hänsyn man tar till kvinnans önskemål. Det blir inte rättssäkert när man i vissa delar av landet redan låter kvinnan välja själv och i andra delar av landet inte. Vi vet att det skapar en stor oro hos många kvinnor att inte veta hur stor hänsyn

sjukvården kommer ta till deras önskemål om förlossningssätt. Därför menar vi att det måste vara upp till kvinnan att bestämma hur man vill förlösas.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- En förlossning är en djupt personlig upplevelse, och valet av förlossningssätt handlar om självbestämmande och frihet. I vissa regioner beviljas kejsarsnitt på kvinnans önskan, men det varierar stort i landet. Detta skapar en onödig process, belastar vården och leder till ojämlik förlossningsvård. Frihet, jämlikhet och självbestämmande bör stå i fokus i den svenska förlossningsvården.
- Förlossningsrädsla är en av de vanligaste orsakerna till att kvinnor önskar kejsarsnitt. Den kan bero på tidigare traumatiska förlossningar, oro för smärta eller känslan av att tappa kontrollen. Ungefär 20 procent av blivande mammor känner rädsla inför förlossningen, och för vissa blir den så stark att den påverkar hela graviditeten.
- I takt med att medelåldern för förstföderskor stiger ökar även risken för förlossningsskador, vilket i sin tur bidrar till att fler kvinnor önskar kejsarsnitt. Andelen kejsarsnitt skiljer sig dock stort mellan regionerna. År 2023 låg andelen på 10 procent vid Linköpings universitetssjukhus och 13 procent på Länssjukhuset Ryhov, jämfört med 25,5 procent på Mälarsjukhuset i Eskilstuna och 27 procent på Karolinska universitetssjukhuset i Solna.
- Möjligheten att välja förlossningsmetod är inte en lösning för alla med förlossningsrädsla. Men för de kvinnor som efter vård och stöd fortfarande önskar kejsarsnitt kan det vara det bästa alternativet för både mamma och barn.
- Ett vanligt argument mot att erbjuda kejsarsnitt på kvinnans önskan är kostnaden. Planerade kejsarsnitt är dyrare än vaginala förlossningar, men billigare än akuta kejsarsnitt. År 2024 slutade 11 procent av alla förlossningar i akuta kejsarsnitt, vilket innebär högre kostnader än både planerade snitt och vaginala födslar.

Att-27, att råd avseende amning och matning av spädbarn ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och syfta till att stötta kvinnan utifrån hennes individuella förutsättningar

Kort argumentation:

I Sverige finns det en föreställning som ofta framställs om att amning skulle ha stora fördelar som gör alternativet bättre än bröstmjölksersättning för spädbarn. Detta trots att skillnaden är så liten att den är otillräcklig för att underbygga det entydiga fokus på amning som finns i flera länder, bland annat Sverige. Råd om amning måste ske på en hel och ren vetenskaplig grund för att ge varje kvinna goda förutsättningar att själv välja mellan amning och bröstmjölksersättning.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- En viktig faktor som förklarar varför kvinnor tar ut en större föräldraledighet tidigt är föreställningar om amning. Professor Agnes Wold och barnläkare Cecilia Chrapkowska skriver att svenska föräldrar är ”impregnerade med propaganda om vikten av bröstmjök”, trots att skillnaden i hälsoeffekter mellan amning och bröstmjölksersättning är obetydlig.

Att-28, att främja friskvårdssatsningar och kunskap om kvinnors hälsa på arbetsplatsen

Kort argumentation:

Kvinnor är sjukskrivna i långt högre utsträckning än män. Detta har förstås flera bakgrunden men en viktig som inte bör förbises är kvinnohälsa och kvinnosjukdomar. Sjukskrivningar i allmänhet, men särskilt långa sjukskrivningar, har stora konsekvenser på både inkomst och på framtida pension. Det är dessutom dyrt för arbetsgivare med sjukskrivna anställda. Det har redan idag visat sig kostnadseffektivt att utbilda chefer och medarbetare om kvinnohälsa för att sänka sjukskrivningstalet.

Utdrag från Malin Ahlströms rapport om kvinnohälsa för Region Skåne:

- Kvinnor är i snitt 80 procent mer sjukskrivna än män, vilket gäller både lång- och kortvarig sjukfrånvaro. Dessutom tillbringar kvinnor 25 procent mer tid av sina liv i sämre hälsa än män, majoriteten av denna tid är mellan 20–70 år, det vill säga under arbetslivet. Detta är kopplat till såväl kvinnohälsa i allmänhet så som menstruella besvär eller klimakteriet, kvinnospecifika sjukdomar som sjukvård i övrigt.
- Nationellt har en sifo-undersökning visat att 80 procent av kvinnor har haft minst ett problem kopplat till kvinnohälsa de senaste 6 månaderna, varav 47 procent anser att det påverkat arbetsprestationen negativt och 18 procent varit sjuka från arbetet. Det vanligaste problemet är klimakteriebesvär, som följs av urinläckage, mensrelaterade besvär, PMS och smärta i underlivet. Andra besvär som är vanligt förekommande är gynekologiska infektioner, förlossningsskador, PCOS och endometrios. Dessutom känner sig cirka hälften av kvinnorna inte bekväma med att diskutera gynekologisk hälsa med sin närmaste chef eller HR-chef.
- Sjukskrivningar kostar, ur flera perspektiv, för arbetsgivaren och för individen. Att sänka sjukfrånvaron, ha frisk personal som orkar jobba är viktigt för alla arbetsplatser. Det blir konsekvenser för både ekonomin, arbetsmiljön och kompetensutvecklingen när personal är frånvarande från sitt arbete. För individen spelar sjukskrivningar en stor roll för den ekonomiska friheten. Både nu och i långa loppet, inte minst påverkar långa sjukskrivningar pensionen.
- Det gynnar alla att inkludera kunskap om mens och klimakteriet i arbetslivet. I Partille kommun utbildade man chefer och medarbetare och såg till att personer med kraftiga besvär slussades till vård. Efter två år kan man konstatera att man fått ner sjukskrivningar i gruppen 40–60 år med 10 procent.

Att-29, att ett klimakterierelaterat kunskapslyft genomförs i syfte att stärka kvinnors hälsa och arbetsförmåga

Kort argumentation:

Det finns idag kvinnor som har låg kunskap om klimakteriet och som inte heller vet att det finns vård att få för besvären. Utöver att detta skapar lidande för kvinnan som är drabbad av klimakteriesymptom så kan det också leda till onödiga sjukskrivningar som skadar den drabbades privatekonomi. Klimakteriet kommer någon gång att drabba alla kvinnor och det är viktigt att de som drabbas har kunskap om vad klimakteriet är och om vården som finns att få.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- Allt fler kvinnor i Sverige känner nedstämdhet kopplat till klimakteriet, och över hälften uppger att symtom relaterade till klimakteriet har stor påverkan på vardagen. Andelen kvinnor som upplever en direkt negativ känsla kopplat till klimakteriet ökar, där fyra av tio kvinnor uppger att så är fallet.
- Många kvinnor upplever att de presterar sämre på jobbet, har svårare att hantera stress och känner sig allmänt förändrade, utan att förstå varför. Få kvinnor vänder sig till vården för att prata om klimakteriet. Endast drygt en av fyra kvinnor har pratat med gynekolog och knappt en av fem med vårdcentral eller husläkare. Det kan jämföras med att fyra av tio norska kvinnor har pratat om klimakteriet med sin vårdcentral eller husläkare.
- Få kvinnor uppger att de får sin kunskap via vården, och uppger i stället att den vanligaste källan är vänner och familj. Det är tydligt att kunskapsnivån bland kvinnor som befinner sig i klimakteriet är låg, och att få kvinnor vänder sig till vården vid besvär som orsakas av klimakteriet. Alldeles för många kvinnor går runt och mår dåligt utan att veta varför, och utan att få rätt vård i tid.

Att-30, att verka för att förbättra klimakterierådgivningen på primärvårdsnivå

Kort argumentation:

Utöver att många kvinnor idag uppger att de saknar information om klimakteriet eller inte vet att det finns vård att få för sina besvär så finns det i delar av vården också en brist på kunskap om klimakteriet bland vårdgivare. Kvinnor blir feldiagnosticerade och felbehandlade för sina klimakteriebesvär eller tas inte på allvar för besvären. Detta är inte acceptabelt.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- En stor del av problemet är att vården saknar tillräcklig kunskap, vilket ofta leder till feldiagnostiseringar. Vid utredning av klimakteriebesvär utgår sjukvården som huvudregel från kvinnans egen berättelse, och om hennes menstruation har förändrats eller upphört. Enligt råd från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) behöver en gynekologisk undersökning endast göras om kvinnan har andra

gynekologiska besvär. Det innebär att kvinnans egen kunskap om symptomen för klimakteriebesvär idag spelar stor roll.

- Kvinnor som i själva verket befinner sig i klimakteriet får ofta diagnoser som utmattning, ångest eller depression, och behandlas med antidepressiva läkemedel i stället för hormonell behandling. Detta resulterar i onödiga sjukskrivningar och en försämrad livskvalitet.
- I detta behöver vi säkerställa att rätt kunskap finns bland läkare och sjuksköterskor. För att stärka kompetensen i vården från början tyder mycket på att kunskapen om klimakteriet, symtomlindring och bemötande av patienter behöver bli mer heltäckande i läkar- och sjuksköterskeutbildningarna.
- Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för vård vid klimakteriebesvär, som väntas färdigställas under hösten 2025. Det är bra, men mer behöver göras.
- Det är uppenbart att det behövs en nationell satsning på klimakterievården och ett kunskapslyft om klimakteriet. Genom att öka kunskapen och ge kvinnor rätt vård i tid kan vi minska onödiga sjukskrivningar, förbättra livskvaliteten för kvinnor och ta tillvara på den kompetens som i dag riskerar att gå förlorad.

Att-31, att rutinerna för när diagnos och behandling ska ges vid endometrios ses över

Kort argumentation:

Endometrios drabbar 1 av 10 kvinnor och trots det ligger vi efter i endometriosvården. Trots att de flesta som har endometrios får tidigt är snittåldern på att få en diagnos 37 år. Många av de som söker vård för symtom på endometrios möts av att vården normaliserar smärtan och behandlar den som andra åkommor med liknande symtom, som IBS eller UVI. Detta är en faktor som förlänger sjukdomsförloppet och bidrar till senare diagnostisering. Den behandling som ges är i första hand preventivmedel som förhindrar menstruation och därmed motverkar att endometriosen växer eller sprider sig. Desto tidigare denna behandling sätts in desto mindre utvecklas också besvären. Vi bör därför arbeta mot att diagnosticering ska ske lättare och behandling snabbare.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- Endometrios är en östrogenberoende sjukdom som innebär att vävnad som liknar livmoderslemhinna växer utanför livmoderhålan. Den ger svår menssmärta och kan även orsaka svårigheter att bli gravid. De drabbade lider ofta av svår smärta under stora delar av livet.
- Vid misstänkt diagnos behandlas sjukdomen i första hand med smärtstillande läkemedel och basal hormonell behandling. Behandlingen sätts in vid kraftig menssmärta och är enligt de nationella riktlinjerna tillräcklig för de flesta. I de fall där behandlingen fungerar menar Socialstyrelsen att det inte är nödvändigt att verifiera diagnosen endometrios, eftersom det ofta kräver ett kirurgiskt ingrepp i form av

titthålsoperation. Rutinerna är idag otillräckliga, och Socialstyrelsen bör granska de befintliga rutinerna för när diagnos och behandling ska ges.

- Det är viktigt för att minska lidande, förbättra livskvaliteten och förebygga allvarliga komplikationer som infertilitet och kronisk smärta. Tidig diagnos möjliggör behandling och minskar sjukfrånvaro samt den psykiska påfrestning och ohälsa som ofta drabbar den som är sjuk.

Moderatkvinnornas tillägg

Tilläggs-attsats:

Att ersätta skattefrihet för friskvårdsbidrag upp till 5000 kr med ett avdrag för friskvård

Läggs förslagsvis in under rubriken Sämre hälsa och fler sjukskrivningar på sida 278 i den digitala versionen av handlingarna

Tillhörande brödtext:

Friskvård är en viktig investering i både fysisk och psykisk hälsa, och förebygger ohälsa som annars riskerar att belasta sjukvården. För att fler ska få tillgång till friskvård oavsett anställningsform eller arbetsgivarens vilja att erbjuda bidrag, bör nuvarande system förändras. Ersätt skattefrihet för friskvårdsbidrag upp till 5000 kronor med ett RUT-liknande avdrag för friskvård. Tillgången till skatteavdrag på friskvård blir då individuell, inte en fråga om arbetsgivarens prioritering.

Här finns reservationer från Moderatkvinnorna i förmån för att lägga till både att-satsen och brödtexten i propositionen.

Tilläggs-attsats:

Att en nationell informationssatsning om klimakteriet riktad till kvinnor i övergångsåldern införs.

Läggs förslagsvis in under rubriken Ökad kunskap om klimakteriet på sida 280 i den digitala versionen av handlingarna

Kort argumentation:

Denna att-sats är ett viktigt komplement till de förslag som redan finns med avseende förbättrad klimakterievård och även här finns det en reservation från Moderatkvinnorna. Förslaget är viktigt för att säkerställa att alla kvinnor i hela Sverige får tillgång till information om klimakteriet och den vård som finns att få. Idag rapporterar alldeles för många att de har haft svåra klimakteriebesvär som de aldrig sökt hjälp för på grund av att de inte visste vilken hjälp som fanns att få.

Utdrag från Moderatkvinnornas reformprogram:

- Endast drygt en av fyra kvinnor har pratat med gynekolog och knappt en av fem med vårdcentral eller husläkare. Det kan jämföras med att fyra av tio norska kvinnor har pratat om klimakteriet med sin vårdcentral eller husläkare. Få kvinnor uppger att de får sin kunskap via vården, och uppger att den vanligaste källan är vänner och familj. Det

är tydligt att kunskapsnivån bland kvinnor som befinner sig i klimakteriet är låg, och att få kvinnor vänder sig till vården vid besvär som orsakas av klimakteriet. Alldeles för många kvinnor går runt och mår dåligt utan att veta varför, och utan att få rätt vård i tid. I detta behöver vi säkerställa att rätt kunskap finns bland läkare och sjuksköterskor.

- Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för vård vid klimakteriebesvär, som väntas färdigställas under hösten 2025. Det är bra, men mer behöver göras. Det är uppenbart att det behövs en nationell satsning på klimakterievården och ett kunskapslyft om klimakteriet. Genom att öka kunskapen och ge kvinnor rätt vård i tid kan vi minska onödiga sjukskrivningar, förbättra livskvaliteten för kvinnor och ta tillvara på den kompetens som i dag riskerar att gå förlorad.

Klimakteriet är en naturlig del av livet, och bör därför ses som en naturlig del av vården.

Tilläggs-attsats:

Att den övre åldersgränsen på 74 år för avgiftsfri bröstcancerscreening tas bort

Läggs förslagsvis in som en egen rubrik under rubriken Äldres trygghet och hälsa som börjar på sida 282 eller under rubriken Kvinnors fysiska och psykiska hälsa som börjar på sida 275 i den digitala versionen av handlingarna.

Tillhörande brödtext:

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och utgör cirka 30 procent av all cancersjukdom. Därför fördes screening för bröstcancer med mammografi successivt in under 1980- och 1990-talen. Hela den kvinnliga befolkningen mellan 40–74 år kallas till mammografi var 18–24 månad. Årligen kallas en miljon kvinnor. Det är genom denna screening som 60 procent av alla bröstcancerfall upptäcks.

Det finns dock brister i systemet som ämnar upptäcka den cancerform som drabbar flest kvinnor. Sedan det infördes för mer än 30 år sedan har Socialstyrelsen inte någon gång utökat åldersspannet för screeningen till att gälla kvinnor över 74. Detta trots att kvinnor idag lever i genomsnitt fem år längre än när bröstcancerscreeningen först infördes. Människor blir allt äldre, och de flesta håller sig friska och aktiva upp i åren. När det kommer till bröstcancer upptäcks var fjärde fall hos kvinnor som är över 75 år. Deras tumörer är dessutom större och ofta i ett mer avancerat stadie av sjukdomen.

Tillgången och processen för mammografi för kvinnor över 74 år ser idag väldigt olika ut mellan regionerna. Enligt Socialstyrelsens utvärdering av bröstcancerscreening måste kvinnor i de flesta regionerna själva gå till en vårdcentral för att få en remiss, för att sedan själva betala för undersökningen. Det är en onödig byråkrati och kostnad som markant ökar risken att kvinnan undviker fortsatt screening.

Tidig upptäckt av bröstcancer förbättrar markant överlevnadsgraden och ger dessutom kvinnor möjlighet till lindrigare behandling. Därför bör systemet ses över och ändras så att kvinnor som är 75 år och äldre fortsätter kallas till avgiftsfri mammografi.

Kort argumentation:

Bröstcancer är en av våra vanligaste cancerformer som dödar knappt 1500 tusen svenska kvinnor om året. Mer än hälften av alla som dör i bröstcancer är över 75 år gamla och var fjärde bröstcancer hittas hos kvinnor som är över 75 år. Vi vet också att dödligheten i sjukdomen vid tidig diagnos minskar signifikant. Trots det omfattas inte kvinnor över 75 år i mammografiprogrammet. I takt med att människor lever och mår bra längre och när behandlingen mot cancerformen blir mer effektiv är det rimligt att vi också ser över den åldergräns i bröstcancerscreeningprogrammet som bestämdes för mer än 30 år sedan.

Tilläggsatt-sats:

Att ett nationellt kunskapslyft med fortbildning inom menstruella och gynekologiska besvär genomförs för vårdpersonal inom elevhälsan och på vårdcentraler.

Läggs förslagsvis in under rubriken Dolda kvinnosjukdomar – endometrios och migrän på sida 281 i den digitala versionen av handlingarna.

Tillhörande brödtext:

Endometrios är en östrogenberoende sjukdom som innebär att vävnad som liknar livmoderslemhinna växer utanför livmodern. Den ger svår menssmärta och kan även orsaka svårigheter att bli gravid. Ungefär en av tio kvinnor i fertil ålder beräknas vara drabbade och många lever med smärta under stora delar av livet.

Sedan 2018 finns nationella riktlinjer för vård av endometrios, som sedan dess har utvärderats av Socialstyrelsen. Där framkommer att tillgången till smärtspecialister är otillräcklig i en majoritet av verksamheterna.

Trots att tidig behandling är viktig för livskvaliteten är snittåldern för diagnos 37 år. Många som söker vård får höra att smärtan är normal eller feldiagnostiseras med exempelvis IBS eller UVI. Detta förlänger sjukdomsförloppet och bidrar till sen diagnostisering.

Kunskap och korrekt diagnostisering är därför avgörande för att lindra symptom. Vid misstänkt endometrios behandlas sjukdomen i första hand med smärtstillande läkemedel och basal hormonell behandling. För de flesta är det tillräckligt, och enligt de nationella riktlinjerna är det därför inte alltid nödvändigt att verifiera diagnosen kirurgiskt genom titthålsoperation.

Kort argumentation:

På detta förslag bör vi lyfta att Moderaterna i många år har gått långt fram i att satsa på och uppmärksamma den bristfälliga vården för personer med endometrios. Vi vet idag att diagnostisering är oerhört viktigt för att de drabbade personerna ska hinna få en fungerande behandling i god tid. Trots det rapporterar många drabbade om feldiagnostiseringar och att de kallas för inbillningssjuka. Det är därför uppenbart att kunskapshöjande insatser krävs för att säkerställa att de instanser av primärhälsan där flickor och kvinnor söker vård ska erbjuda en likvärdig vård i hela landet.

Tilläggs-attsats:

Att skriftliga riktlinjer om menstruell hälsa och smärta tas fram för grundskolans elevhälsa

Läggs förslagsvis in under rubriken Dolda kvinnosjukdomar – endometrios och migrän på sida 281 i den digitala versionen av handlingarna.

Tillhörande brödtext:

Trots att endometrios ofta debuterar i tonåren saknas tydliga rutiner för att identifiera sjukdomen inom skolhälsovården. Socialstyrelsens enkät till skolsköterskor visar att få av dem upplever att de stött på sjukdomen i sitt dagliga arbete, och strukturerad handläggning av elever med misstänkt endometrios är sällsynt, även i de högsta årskurserna.

Samtidigt uppger skolsköterskor på alla nivåer att de varit i kontakt med elever som har endometrios, särskilt på högstadiet och gymnasiet. Statistiken tyder på att det är få med kraftiga menssmärtor som söker sig till skolhälsan för vård idag. Detta trots att elevhälsan är den primära vårdinstans som unga flickor har kontakt med och tillgång till. Tidig diagnostisering spelar stor roll för att den som är drabbad av endometrios livskvalitet. Många drabbas redan i skolåren och det är därför viktigt att identifiering av sjukdomen kan ske redan under skolåren.

Idag brister skolans hälsokontroll då det saknas en enhetlig nationell modell för elevhälsan att samtala om menstruell hälsa. Frågan om menstruell hälsa och smärta bör lyftas redan under grundskolan. Det skulle möjliggöra för att i ett tidigt skede hänvisa till nästa steg i en diagnostiserings- och behandlingsprocess. Mot denna bakgrund bör elevhälsan utveckla skriftliga rutiner för elever med misstänkt endometrios.

Kort argumentation:

Detta förslag förutsätter något som kan likställas vid ett "screening"-system i skolorna för att upptäcka och erbjuda hjälp till de kvinnor och flickor som har problem i tid. Desto tidigare vi kan hjälpa till desto mindre komplicerade fall av endometrios får möjlighet att utvecklas. Att

elevhälsan får riktlinjer kring menstruell hälsa gör det också möjligt att upptäcka andra åkommor, såsom PCOS.

Tilläggsatt-satser:

Att ett nationellt kunskapslyft införs för att säkra kunskapen om PCOS i vården så att fler kan få en diagnos tidigare

Att PCOS-vården ses över och att det vid ett uppfattat behov tas fram nationella riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av PCOS.

Läggs förslagsvis in under rubriken Dolda kvinnosjukdomar – endometrios och migrän på sida 281 i den digitala versionen av handlingarna, i rubriken bör isåfall också PCOS läggas till utöver endometrios och migrän.

Tillhörande brödtext:

PCOS är den vanligaste hormonella rubbningen som drabbar kvinnor i fertil ålder. I Sverige beräknas 15–20 procent av alla kvinnor i fertil ålder vara drabbade. Tillståndet innebär en ökad aktivitet av hormonet testosteron samt minskad insulinkänslighet, och är delvis ärftligt. Symptom kan vara gles eller utebliven menstruation, infertilitet, ökad kroppsbehåring, övervikt och akne.

Kvinnor med PCOS har ofta svårt att bli gravida utan medicinsk hjälp, till följd av oregelbunden eller utebliven ägglossning. Syndromet påverkar också vardagen för många kvinnor.

Det finns idag ingen behandling som botar PCOS, utan symptomen behandlas. Vanligast är hormonell behandling med olika sorters p-piller mot utebliven menstruation, akne och ökad hårväxt. Patienter kan också få remiss till specialist för antiandrogen medicinering samt till hudklinik för epilering och behandling av akne. Infertilitet behandlas genom ovulationsstimulering eller IVF.

I Sverige finns idag inga nationella riktlinjer för hur PCOS ska diagnostiseras och behandlas, trots att en stor andel kvinnor i fertil ålder är drabbade och syndromet kan påverka livskvaliteten starkt. Nationella riktlinjer för PCOS skulle öka transparensen och förutsägbarheten i vården samt säkerställa att kvinnor får likvärdig behandling.

Den breda sjukdomsbilden gör att kvinnor med PCOS ofta behandlas inom många delar av vården, såsom gynekologi, primärvård, endokrinologi, psykiatri och barnmorskemottagningar. Därför är det viktigt att det finns en samsyn på syndromet och att vårdens olika instanser har god kunskap om PCOS.

Många upplever att det är svårt att få en diagnos och att vården inte informerar tillräckligt. Patienter underbehandlas ofta – vissa får ingen behandling alls eller information om vilka

alternativ som finns. PCOS betraktas ofta främst som ett fertilitetsproblem, och övriga symptom anses inte tillräckligt besvärliga för att behandlas.

Kort argumentation:

PCOS är en viktig fråga att utveckla politiken inom med bakgrund i hur stor andel av kvinnor som drabbas av syndromet. Trots att nästan var femte kvinna är drabbad av hormonrubbningar inom PCOS så är både kunskap och behandling bristfällig idag.