

Motion till riksdagen 2013/14:So657

av **Lena Hallengren m.fl. (S)**

Utgiftsområde 9: Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Förslag till riksdagsbeslut	3
Motivering.....	7
1. Hälso- och sjukvård.....	7
1.1 Hälso- och sjukvårdspolitikens inriktning.....	8
1.2 Mer tid för vård	9
1.3 Ökat patientinflytande genom patientkontrakt	12
1.4 Nationella riktlinjer	13
1.5 Patientsäkerhet i vården.....	13
1.6 Nationella kvalitetsregister.....	15
1.7 Personalens arbetsvillkor.....	15
1.8 En modern it-strategi för hälso- och sjukvården.....	16
1.9 Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård	18
1.10 Fri etablering i specialistsjukvården	19
1.11 Jämställd hälso- och sjukvård.....	20
1.12 Driftsformer i hälso- och sjukvården.....	20
1.13 Nationella kvalitetslagar.....	21
1.14 Cancersjukvård.....	25
1.15 Organdonation.....	28
1.16 Hbt-personers hälsa	29
2. Hiv/aids	30
3. Läkemedel.....	31
4. Strategiska samverkansprogram – life science	34
5. Antibiotikaresistens	35
6. Narkolepsi	36
7. Rett Center	38
8. Psykiatri	39
9. Tandvård	43
10. Folkhälsa	45

Fel! Okänt namn på

11. Tobak.....	48
12. Alkohol och narkotika	52
13. Missbruksvården	57
14. Den sociala barn- och ungdomsvården.....	60
15. Ungdomsmottagningar	63
16. Funktionshinderspolitik	64
17. Äldres vård och omsorg.....	68
18. Insemination för ensamstående.....	75
19. Ekonomiskt bistånd	76
20. Barnfattigdom.....	78
21. Överskuldssatthet	80
22. Spelberoende	81
23. Hemlöshet.....	82

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen anvisar anslagen för 2014 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg med de ändringar i förhållande till regeringens förslag om framgång i tabell 1 i motionen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om satsning på mer personal och resurser i sjukvården.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om handlingsprogram för minskad administration i sjukvården.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientkontrakt.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella riktlinjer.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientsäkerhet.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella kvalitetsregister.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om meddelarskydd.¹
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om it-strategi för hälso- och sjukvården.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningssystemen i vården.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nej till fri etablering i specialistsjukvården.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell genomförandeplan för jämställd hälso- och sjukvård.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om investeringsskydd för skattefinansierad verksamhet.²
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet med förtur (gräddfiler) för privatbetalande patienter i den offentligt finansierade vården.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella kvalitetslagar.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om cancersjukvård.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om organdonation.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för hbt-personers hälsa.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hbt-certifiering för landets samtliga ungdomsmottagningar.

Fel! Okänt namn på

21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en utredning om levnadsvillkoren för transpersoner.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser när det gäller smittskydd och hiv.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt initiativ för säkrare läkemedelshantering.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om apoteksmarknaden.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om strategiska samverkansprogram och life science.³
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om intensifierat arbete för att motverka antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om narkolepsi.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om Rett Center.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (Barnens räddningstjänst).
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandvårdsförsäkringen.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inrätta en nationell kommission för jämlik hälsa.
33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om obligatoriska bildvarningar på cigarettpaket.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dold försäljning av tobak.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tillståndsplikt för försäljning av tobak.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholreklam.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om licensplikt för folkölsförsäljning.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förtydliga lagstiftningen kring privatinförsel av alkohol för annans räkning.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nej till gårdsförsäljning av alkohol.
41. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar.

Fel! Okänt namn på

42. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholås.⁴
43. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om familjeklassning av droger.
44. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om missbruksvården.
45. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om Ett kontrakt för livet.
46. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om den sociala barn- och ungdomsvården.
47. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ungdomsmottagningarnas tillgänglighet.
48. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om funktionshinderspolitikens inriktning.
49. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om bidrag till handikapporganisationer.
50. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om stöd till Ågrenska stiftelsen.
51. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om äldrepolitikens inriktning.
52. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrat omhändertagande om svårt sjuka äldre patienter.
53. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökat inflytande för äldre som har hemtjänst.
54. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om viss hemtjänst utan biståndsbedömning för personer över en viss ålder.
55. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination för ensamstående.
56. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ekonomiskt bistånd.
57. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om fritidspeng.
58. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om barnfattigdom.⁵
59. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om överskuldssatthet.⁶
60. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om spelberoende.
61. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hemlöshet.

Fel! Okänt namn på

¹ Yrkande 8 hänvisat till KU.

² Yrkande 13 hänvisat till FiU.

³ Yrkande 25 hänvisat till NU.

⁴ Yrkande 42 hänvisat till TU.

⁵ Yrkande 58 hänvisat till SfU.

⁶ Yrkande 59 hänvisat till CU.

Motivering

Tabell 1 Anslagsförändringar

Anslag i tusental kronor	Regeringens förslag	Anslagsförändring
Nytt anslag: Mer tid för vård	0	+ 2 000 000
Nytt anslag: Patientkontrakt	0	+ 5 000
Nytt anslag: Missbruksvård	0	+ 20 000
Nytt anslag: Ågrenska stiftelsen	0	+ 5 000
2.5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145 502	+ 10 000
3.2 Bidrag till handikapporganisationer	182 742	+ 19 000
4.5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreomsorgen	1 744 780	+ 41 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Stimulansbidrag 100 000 för att öka användningen av LOV i specialistsjukvården slopas.	1 732 251	- 100 000
Totalt	62 160 768	64 160 768

1. Hälsa- och sjukvård

En väl fungerande hälso- och sjukvård kan vara skillnaden mellan liv och död för en människa. När en svårt sjuk kan botas och återvända till ett aktivt liv eller när ett för tidigt fött barn kan räddas är det för den enskilde, familjen och de närstående det viktigaste och mest betydelsefulla som hänt i livet. Inget är mer avgörande för livskvalitet. Det som dagligen utförs i svensk hälso- och sjukvård kan upplevas som ett mirakel för den enskilde men är ett resultat av professionellt och hårt arbete av engagerade medarbetare. Det är också ett resultat av gemensamma investeringar under lång tid där strävan att erbjuda alla, inte bara några, den allra bästa hälso- och sjukvården har drivit på utvecklingen och bidragit till att svensk hälso- och sjukvård i internationella jämförelser rankas mycket högt när det gäller medicinsk kvalitet.

Ska svensk hälso- och sjukvård kunna behålla den toppositionen måste den ha tillgång till den allra senaste kunskapen, professionella medarbetare, de mest avancerade behandlingsmetoderna, teknik och läkemedel för att kunna bota, lindra och förebygga sjukdomar och ohälsa. Målet måste vara att ständigt flytta fram positionerna genom investeringar i forskning och utveckling så att fler med dödliga sjukdomar kan räddas till livet, att kroniska sjukdomar kan behandlas så att människor kan leva ett gott och självständigt liv och att behandlingsbara sjukdomar kan förebyggas och botas. Forskning och utveckling måste vara en central och integrerad del i svensk hälso- och sjukvård så att ny kunskap snabbt når ut och används i vården och kommer patienten till del.

Fel! Okänt namn nå

1.1 Hälsa- och sjukvårdspolitikens inriktning

Alla har rätt till en god sjukvård. Den som blir sjuk ska veta att han eller hon får hjälp av en personal som har den bästa utbildningen, tillräckligt med tid och som arbetar med de mest moderna metoderna och den senaste medicinska tekniken.

En jämlik hälso- och sjukvård är en av grundvalarna i den svenska välfärden. Alla människor har lika rätt till bra kvalitet och god tillgänglighet till vården, oavsett var man bor, vem man är, vad man tjänar eller vilket kön eller vilken religion man tillhör. Det är patienter med störst behov som ska prioriteras först – inte de med störst plånbok. Det krävs ett tydligt politiskt ledarskap för att prioritera vården för de sjukaste och sköraste. Hälsa- och sjukvården ska därför styras demokratiskt och finansieras gemensamt och solidariskt.

Studier och olika jämförelser visar att svensk hälso- och sjukvård är öppen för hela befolkningen och håller hög kvalitet samtidigt som kostnaderna är måttliga. Men det finns fortfarande omotiverade köns- och klasskillnader i den svenska vården. Kvinnor och män behandlas olika. Social bakgrund och var i landet man bor kan ibland ha betydelse för vilken vård man får och vilka resurser man får tillgång till. Det finns också brist på kunskap om hbt-personers situation inom hälso- och sjukvården och psykiatrin. Kvinnor och män, oavsett kön, könsidentitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder, ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser. Omotiverade skillnader i bemötande och omhändertagande ska bort. Det går att säkra en högkvalitativ vård för alla.

Vi vill genomföra en satsning på mer personal och mer resurser till sjukvården.

Vi vill att det tas fram ett handlingsprogram för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt administration.

Vi vill införa ett patientkontrakt där patientens alla delar inom behandling ingår och inom vilken tid det ska ske. När vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti.

Vi vill inte att staten ska bestämma vilka organisationsformer landstingen ska välja och därför avvisar vi tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården.

Vi vill att alla ska ha rätt till sjukvården på lika villkor. Den som har haft möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring ska inte kunna få snabbare vård än andra på ett offentligt finansierat sjukhus. Så såg lagstiftningen tidigare ut, men den avskaffades skyndsamt av den borgerliga regeringen 2007. Vi anser att det bara är hälsotillståndet som ska avgöra när och hur du får vård på ett offentligt finansierat sjukhus – aldrig plånbokens tjocklek eller olika privata försäkringar. Vi vill i lag förbjuda möjligheten att köpa sig förtur (gräddfiler) på offentligt finansierade sjukhus.

Vi vill slå vakt om universitets- och regionsjukhusen. De har en avgörande betydelse för att ge högkvalitativ och jämlik vård. Samarbetet mellan sjukhusen är viktigt för hela vårdorganisationen. Att bryta ut ansvaret för sjukhusen

riskerar att slå sönder vårdkedjor för patienter och försämra samverkan mellan olika delar i vården. Vi anser att universitets- och regionsjukhusen ska ägas gemensamt. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till lagstadgat ansvar för vården, vilket gör dem olämpliga att privatisera.

Vi vill införa nationella kvalitetslagar som reglerar vilka spelregler som ska gälla för privata utförarens medverkan i sjukvården.

1.2 Mer tid för vård

Sjukvården står inför stora utmaningar framöver. Allt fler blir äldre och kraven på en bättre sjukvård ökar. Den tekniska utvecklingen skapar nya möjligheter, men ställer också höga krav på kompetens och en god arbetsmiljö.

Dagens brister inom svensk sjukvård riskerar våra möjligheter att svara upp mot framtidens utmaningar. Inte minst är det bristen på tid för vård som behöver åtgärdas.

Ambulanser kommer allt senare, akutvården fördröjs, patienternas vårdtid är ofta otillräcklig och många får vänta alltför länge på sin behandling. Sjukvårdens organisation tar heller inte tillräcklig hänsyn till äldres speciella behov. Det leder till en pressad vård- och arbetsmiljö. Därutöver används alltför stor del av vårdpersonalens tid åt administration och dokumentation.

Därför behöver det bli fler som arbetar i vården samtidigt som administrationen minskar. Då blir det mer tid till patienten. Så säkrar vi en god vård för alla.

Minska administrationen

Studier visar att läkare och sjuksköterskor tvingas ägna mycket tid åt annat än direkt patientarbete. För att sjukvården ska kunna fokusera på patienternas behov krävs bättre administrativa rutiner.

Dokumentation och administration är nödvändigt, men tar idag mycket tid. Framgångsrikt utvecklingsarbete på olika sjukhus, kliniker och vårdcentraler runt om i landet visar att det går att ändra på organisation och arbetsmetoder för att frigöra mer tid för vård. Detta arbete måste spridas och tillämpas i hela hälso- och sjukvården. Samtidigt måste staten se över sina krav och regler för att frigöra tid för vård. Det handlar både om att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor får nyttja sina respektive kompetenser på bästa sätt och att de får det administrativa stöd som behövs.

Vi föreslår att staten och sjukvårdshuvudmännen tar initiativ för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt uppgifter som inte är patientarbete. Arbetet ska ske tillsammans med de fackliga organisationerna. Det behövs en systematisk genomgång av lagstiftningen och regelsystemet på hälso- och sjukvårdsområdet för att minska onödig administration.

Inga nya blanketter, register eller rapportering som inte är dokumenterat nödvändiga får införas. För administration som inte är lagstyrd bör man successivt införa samma krav som för behandlingsmetoder i sjukvården; det ska vara dokumenterat att behovet av de administrativa uppgifterna är tillräckligt

Fel! Okänt namn på

stort, att kostnaden är rimlig i relation till nyttan och att tiden som avsätts inte tränger ut annan viktig verksamhet.

Administrativa uppgifter som redan ålagts vården bör genomgå en löpande revision. Att utveckla journalhanteringen och it-systemen i vården är en nödvändighet. Journalerna är idag splittrade, svåröverskådliga och skapar mycket merarbete där personalens tid går åt till att logga in och ut i olika system. En väl utvecklad it-infrastruktur leder till att vårdpersonal kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. Kvalitetsregister är mycket viktiga för forskningen och för att utveckla vården men måste administreras på ett sätt som inte hindrar det övriga arbetet.

Även ersättningsmodellerna i vården bör ses över. Dåliga och missriktade system leder till onödig administration men också till att vårdens resurser används felaktigt.

Vi föreslår att staten, landstingen och de fackliga vårdorganisationerna samlas för en nationell vårdrevision. Lagstiftning, it-system och journalhantering ska systematiskt kartläggas och alla möjligheter för att minska administrationen ska ses över.

Mer personal

Flera delar av sjukvården har idag allvarliga problem. Sjukvårdspersonal och patienter rapporterar om en tidspressad arbetssituation som riskerar att leda till brister i patientsäkerheten. Trycket och belastningen på akutmottagningar, vårdavdelningar och andra verksamheter är mycket höga.

Enligt en undersökning som Läkarförbundet gjort fattas det 1 400 allmänläkare i Sverige. SCB uppskattar att det kommer att fattas 30 000 sjuksköterskor 2030. Både andelen specialistsjuksköterskor och undersköterskor har minskat under lång tid.

Bristen på vårdpersonal leder till minskat antal vårdplatser och bidrar till överbeläggningar. De flesta sjukhus beskriver att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger pekat på problemet med överbeläggningar och de olika brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov.

Inom ambulansverksamheten har arbetsmiljön på många håll försämrats och det tar enligt Riksrevisionen en minut längre idag för ambulansen att nå fram än det gjorde 2009. Det är ett tecken på att organisationen inte fungerar som den ska – men också att tillräckliga resurser inte är för handen. Även inom förlossningssjukvården har flera stora landsting/regioner som Skåne och Stockholm inte klarat av att hålla verksamheten på en tillräcklig standard.

Tidsbristen inom vården får konsekvenser. Antalet anmälda fall av allvarliga skador eller händelse med risk för allvarliga skador har ökat med cirka 40 procent sedan 2006.

Vi behöver utveckla en sjukvård där patienter känner trygghet och där personalen kan utföra sitt jobb på ett säkert sätt. En god arbetsmiljö är också en förutsättning för att vården ska vara en attraktiv arbetsplats där medarbetare stannar kvar och utvecklas.

Sjukvården är en framtidssektor för Sverige. De omedelbara vårdbehoven ökar och måste tillgodoses samtidigt som en säker och högkvalitativ utveckling inför framtiden måste tryggas. Då krävs det mer personal med hög kompetens som vill verka inom vården.

Vi avsätter 2 miljarder kronor år 2014 till sjukvården i en riktad satsning för att ge mer tid för vård och höja kvaliteten genom att öka personalstyrkan.

En välfungerande vård för äldre

Att säkerställa en god vård och omsorg av våra äldre av hög kvalitet är en av de stora välfärdsutmaningarna för Sverige. Allt fler blir allt äldre och andelen äldre i befolkningen kommer att öka under de närmaste årtiondena. Det är i grunden något positivt och en fantastisk framgång för vårt välfärdssamhälle. Samtidigt sker en snabb utveckling av nya behandlingsmetoder och effektiva läkemedel i hela sjukvården.

I takt med medicinska framsteg ökar människornas rättmätiga förväntningar och krav på att ta del av vad den bästa sjukvården har att erbjuda. Utmaningarna och behovet av planering är mycket stora och omfattande. Det handlar om att hålla hög kvalitet och kompetens i verksamheten samtidigt som vi möter ökade behov av resurser och utbildad personal. Kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre ska vara så hög att de inte blir beroende av att deras barn går ner i arbetstid för att hjälpa till.

Ett mycket stort problem i sjukvården, där det på många håll krävs förbättringar, är hanteringen av svårt sjuka äldre patienter som ofta skickas fram och tillbaka mellan sin bostad, primärvården, akutmottagningen och sjukhusets vårdavdelningar. Det är inte en vård som på ett bra sätt är anpassad till äldre människors behov, och det är ingen kostnadseffektiv vård.

Kommuner och landsting bör gemensamt utveckla samarbete och organisation för vården av äldre där primärvård, socialtjänst och slutenvård skapar gemensamma rutiner för att bättre ta hand om mycket gamla och multisjuka patienter. Olika lösningar för att kraftigt minska eller helt komma bort från återkommande akutbesök på sjukhus kommer att innebära minskade kostnader för samhället och minskat lidande för den enskilde. Det kan exempelvis handla om att sjukvården gör hembesök, att det finns möjligheter till direktinläggning av äldre patienter eller att det finns äldrevårdsöverläkare i landstingen. Även behovet av specialistutbildad personal såsom äldresjuksköterskor bör tillgodoses. Sådana insatser skulle också avlasta äldreomsorgen. Vården av de äldre måste tydligare utformas efter deras behov.

I vår riktade satsning för att höja kvaliteten och kompetensen inom vården ökar vi personalstyrkan i vården. Särskilt fokus ska ligga på en sjukvård som utformas efter de äldres behov. Det inbegriper en särskild satsning på att systematiskt samordna äldresjukvården.

1.3 Ökat patientinflytande genom patientkontrakt

God tillgänglighet i hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga. Köer och väntetider är besvärande för patienten och dyrt för samhället. Bristen på exakta besked är ibland lika besvärligt som väntan i sig. Att inte veta när en

Fel! Okänt namn på

behandling ska genomföras är frustrerande för patienten och skapar missnöje med vården.

Det har gått nästan åtta år sedan den nationella vårdgarantin infördes (1 november 2005) som en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vårdgarantin anger inom vilken tid vården ska ges. I september 2008 lanserade den borgerliga regeringen den så kallade kömiljarden för att ge ett ekonomiskt incitament för landstingen att uppfylla vårdgarantin. Om tillräckligt många patienter fick vård inom vårdgarantins ramar fick landstinget del av kömiljarden. Konstruktionen av kömiljarden inbjöd dock till fiffel med siffrorna. För att kunna nå regeringens mål flyttade en del landsting över väntande patienter till en annan kö för passivt (frivilligt) väntande, som inte räknades med i underlaget för att landstingen skulle få del av kömiljarden. I verkligheten hade många av patienterna i den passiva kön inte alls bett om att få vänta med ingreppet. Under senare tid har även andra problem med kömiljarden och vårdgarantin framkommit. Läkare har pekat på att sjukhusen prioriterar yngre och friskare patienter på bekostnad av kroniskt sjuka. Orsaken är att landstingen vill få del av kömiljarden och då räknas nybesök men inte återbesök.

Erfarenheterna av vårdgarantin och kömiljarden visar på betydelsen av att stimulanspengar fokuserar på rätt sak, det vill säga patientens möjlighet att få vård inom garanterad tid och vårdgivarens ansvar att se till att detta blir möjligt. Incitamenten för landstingen ska mäta hela vårdkedjan och bör utformas så att det ska löna sig att hjälpa patienter snabbt – inte flytta runt dem mellan olika statistiska kolumner.

Läkarförbundet har i en studie från sommaren 2012 visat att felprioriteringarna inte bara handlar om att återbesök prioriteras bort på grund av kömiljarden utan att problemen är mer utbredda än så och finns även inom undersökning och diagnostik. Det innebär att patienter får vänta för länge på sin diagnos. Patienter i alla åldrar och samhällsgrupper drabbas, men de mest drabbade är alltså patienter med komplexa och tidskrävande diagnoser.

Ett problem med dagens vårdgaranti är att det är väntetiden vid varje undersökning/besök/behandling som regleras och inte patientens sammanlagda väntetid. För individen är det viktigt att den sammanlagda väntetiden i vården blir dels kort och dels förutsägbar så att det är möjligt att planera in undersökningstillfällena när det passar patienten.

Vi föreslår att ett system införs med patientkontrakt som omfattar alla delar i hälso- och sjukvården: besök, undersökningar, röntgen, remisser. I kontraktet ska det finnas en tidsplan för remisser och eventuella behandlingar och det ska framgå vem som ska utföra behandlingarna. När vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti som säkerställer att patientens sammanlagda tid för undersökning och behandling blir kort.

I patientkontraktet ska preciseras:

? Tidplan för remisser, återbesök och eventuella behandlingar.

Fel! Okänt namn på

- ? Att övergångar mellan olika vårdenheter fungerar. Patienten ska inte själv behöva ringa runt till olika vårdgivare eller kökanslier. Det ska vara vårdgivarens ansvar att säkerställa att patienten får vård i tid.
- ? Att det finns uppgifter till de personer patienten kan kontakta. Patienten ska känna sig trygg med vad som kommer att hända och till vem han eller hon ska vända sig om frågor uppstår.
- ? Att vårdgarantin är en rättighet för patienten och en skyldighet för vårdgivaren.

Patienten ska inte behöva vara aktiv och gå runt och handla på en sjukvårdsmarknad för att få vård i tid och en fungerande vårdkedja. Det krävs ett politiskt ansvar för att säkerställa att alla patienter - även den som har begränsade möjligheter att hävda sina rättigheter - får vård i tid. Vårt alternativ för att korta vårdköerna och klara vårdgarantin är tydligt: tillför mer resurser till sjukvården, gynna de landsting som bäst klarar vårdgarantin och tillförsäkra patienter ett patientkontrakt med tids- och behandlingsplan. Patientkontrakt ingår som en del i vår strategi för att modernisera sjukvården, strukturera kvalitetsarbetet och höja kvaliteten i vården. Vi föreslår i budgeten för 2014 en satsning på 5 miljoner för att stödja införande av patientkontrakt. Det finns belegg för att tillfrisknande och välmående ökar när patienten är medveten och tar aktiv del i vårdprocessen. Patientkontrakt är ett verktyg för detta.

1.4 Nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer är nationella rekommendationer och beslutsstöd för behandling av vanligt förekommande sjukdomar. På ett antal områden saknas sådana riktlinjer. På andra områden finns nationella riktlinjer men de följs inte av alla vårdgivare, vilket kan bidra till att vårdkvaliteten skiljer sig på olika ställen i landet. För att förbättra likvärdigheten och patientsäkerheten vill vi att nationella riktlinjer utarbetas på fler områden än idag. Vi vill att all offentlig finansierad vård ska vara skyldig att följa de nationella riktlinjerna. Att följa nationella riktlinjer är att säkerställa att de modernaste och effektivaste metoderna används och att inte bostadsort, kön eller socioekonomisk tillhörighet avgör vilken vård du får. De nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram måste genomföras. Vi föreslår att nationella riktlinjer, liksom vissa läkemedelsrekommendationer, ska utformas så att de kan göras obligatoriska i vården.

1.5 Patientsäkerhet i vården

Alla patienter ska kunna veta att de får en säker vård av god kvalitet oavsett var i landet de bor eller vilken sjukdom de söker för. Säker vård av hög kvalitet är grundläggande för den svenska vården. Ändå drabbas runt 100 000 patienter varje år av vårdskador i Sverige och för cirka 3 000 patienter kan vårdskadan ha varit en bidragande dödsorsak. Vårdskador kostar samhället cirka två miljarder kronor varje år.

Statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet har i alltför hög grad varit fokuserad på tillsyn när något händer. Men det räcker inte att

Fel! Okänt namn på

granska och bedöma en enskild händelse. Sjukvård är en riskfylld och komplex verksamhet. Sjukvården måste därför hela tiden dels arbeta systematiskt med patientsäkerhet och dels lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygga med att rapportera in avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar även om självklart alltid felbehandlingar ska utredas och leda till konsekvenser för den som brister i ansvar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården där data presenteras köns- och åldersuppdelat. Alla vårdskadeundersökningar ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram. Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs idag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg liksom satsningen på statliga stimulansmedel till landstingen om de uppfyller vissa krav. Det handlar också om att titta på arbetsmiljöfrågan och de förutsättningar personalen har att sköta sitt arbete på ett bra sätt. Utan en god arbetsmiljö för personalen blir det svårt att få till stånd en säkerhetskultur i verksamheten.

Den nya patientsäkerhetslagen är ett steg i riktning mot att titta på system och styrning snarare än att bara fokusera på enskilda mänskliga misstag. Tyvärr skedde införandet av den nya lagen på ett alltför snabbt och ogenomtänkt sätt. Socialstyrelsen, som tog över merparten av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds uppgifter, fick inte tillräckliga resurser för att sköta den viktiga klagomålshanteringen. Detta gjorde att tusentals ärenden försenades kraftigt. Det är av största vikt att Socialstyrelsen får de resurser som krävs för att hantera klagomålshanteringen. Regeringen måste noga följa denna fråga och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Samhället måste kunna erbjuda tydliga kommunikationsvägar för patienter som blivit felbehandlade eller skadade av vården. Dessa patienter måste känna tryggheten i att veta att deras fall verkligen prövas. Det handlar om förtroende för hela sjukvårdssystemet.

Det är av fundamental betydelse för hela samhället och alla medborgares trygghet och säkerhet att ambulanssjukvården och nödnumret 112 fungerar på ett bra sätt. För den som befinner sig i en nödsituation räcker det med ett enda samtal till nödnumret 112 för att nå samhällets alla räddningsresurser. Det är SOS Alarm som på statens vägnar ansvarar för nödnumret 112 och de möter varje dag tusentals människor som behöver hjälp i samband med olyckor och vid akuta sjukdomstillstånd. SOS Alarm utför också uppdrag åt vissa landsting inom ambulansdirigering och ambulansalarmering. De utför också uppdrag som alarmering av kommuners räddningstjänst. Riksrevisionen har granskat ambulanssjukvården och larmkedjan och föreslog att Socialstyrelsen bör ta ett större ansvar genom att utfärda riktlinjer och föreskrifter och mer systematiskt följa upp att den som behöver ambulanssjukvård får det. Regeringen bör enligt Riksrevisionen följa upp att Socialstyrelsen använder alla sina befogenheter för att öka effektiviteten och kvaliteten i larmkedjan. Det är viktigt för patienternas trygghet. Vi har i en kommittémotion våren 2013 föreslagit att regeringen snarast ska återkomma med ett samlat förslag på hur staten kan effektivisera sin styrning av ambulanssjukvården och larmkedjan i

syfte att öka kvaliteten. En viktig fråga för oss är att samhällets alarmeringstjänster inte längre bör upphandlas. Vi är positiva till Alarmeringstjänstutredningens förslag att det ska finnas ett samlat ansvar, en aktör, för samhällets alarmeringstjänster. Det säkerställer en snabb och effektiv larmbehandling och underlättar för invånarna att med ett samtal få hjälp vid nödsituationer och kriser.

1.6 Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren är en unik tillgång för hälso- och sjukvården men är också viktiga för medicinsk forskning, kliniska prövningar och industriell utveckling. Alla nationella kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. När ett register är fullt utbyggt blir det möjligt att följa upp vad som utförs i sjukvården för alla patienter i landet på det område registret omfattar. Det är naturligtvis också möjligt att följa upp vad enskilda landsting, sjukhus eller kliniker åstadkommer. Syftet med kvalitetsregistren är att möjliggöra lärande och ständigt förbättringsarbete.

Hittills har kvalitetsregistren använts i relativt liten grad för klinisk forskning, men de forskningsresultat som har tagits fram har varit livsviktiga för patienterna. I den översyn av kvalitetsregistren som har gjorts bedöms att den vetenskapliga produktionen från kvalitetsregistren kan öka med 5–10 gånger. Här finns också stora möjligheter att attrahera internationellt forskningssamarbete.

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 pekar på att det bland annat behövs en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, vilket kan lösas genom att integrera strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem. För att tiden ska räcka till är det viktigt att man inte behöver mäta allt utan kan koncentrera sig på att mäta rätt saker.

Det behövs nationellt stöd och en organiserad samverkan mellan staten, sjukvårdshuvudmännen, forskningen och industrin för att alla register ska få tillräcklig finansiering, kvalitet, göras öppna och tillgängliga och användas i forskningssammanhang. Staten har ett huvudansvar för att denna utveckling kommer till stånd.

1.7 Personalens arbetsvillkor

Arbetsmiljön måste bli bättre i hälso- och sjukvården. Tunga lyft och en arbetsorganisation som sliter ut och tvingar inte minst många kvinnor att sluta i förtid måste ersättas med moderna arbetsplatser i vården som är hälsosamma och utvecklande. Överbeläggningarna har ökat under senare år och skapar en svår vård- och arbetsmiljösituation. Arbetsmiljöverkets förelägganden har också ökat och inte minst situationen under semesterperioderna är på alltför många håll mycket ansträngd. Det är mot denna bakgrund som vi väljer att satsa på sjukvården (se avsnitt 1.2). Om hälso- och sjukvården ska kunna vara en framtidsbransch dit människor söker sig krävs en bättre arbetsmiljö och bättre möjligheter att utöva sitt yrke på rimliga villkor. Vi socialdemokrater

Fel! Okänt namn på

vill satsa på mer resurser, mer personal för att möjliggöra en kvalitetsutveckling av svensk sjukvård så att vi alla känner att vi har ett sjukvårdssystem som vi kan vara stolta och nöjda över och där patienter känner trygghet och personalen får möjligheter att utföra sitt jobb på ett bra sätt.

För oss är det också självklart att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kollektivavtalsenliga villkor och ha meddelarskydd, oavsett om arbetsgivaren är privat eller offentlig. Inom offentligt driven vård och omsorg har personalen en grundlagsskyddad rätt att påtala missförhållanden och till exempel prata med journalister. Arbetsgivaren är förbjuden att till exempel ta reda på vem som har pratat med medier. Trots detta finns det alltför många inom den offentliga omsorgen som drar sig för att berätta om brister och fel. Lex Sarah gör att alla anställda är skyldiga att påtala missförhållanden, men många tvekar att slå larm inom både offentlig och privat vård på grund av risk för obehag eller repressalier. En viktig skillnad är dock att privatanställda inte anonymt kan lämna ut uppgifter om missförhållanden utan att riskera disciplinföljd av arbetsgivaren. De anställda måste själva kunna bedöma om missförhållandena är så allvarliga att det är ett Lex Sarah-ärende, annars riskerar de till och med skadestånd för att ha avslöjat företagshemligheter. Detta är helt orimligt. Hur vården och omsorgen av våra gamla, ofta sjuka och sköra, bedrivs får aldrig vara en företagshemlighet.

Personalen är den viktigaste kvalitetsfaktorn, de måste ha rättigheter och möjligheter att diskutera vårdens kvalitet utan att riskera bestraffning. De fackliga organisationerna har länge drivit denna fråga, utan framgång. Riksrevisionen har i en rapport (RiR 2008:21) uppmärksammat frågan och föreslagit att personalens meddelarskydd skall stärkas. Det är nu hög tid att stärka kvalitetskontrollen och personalens rättigheter i den privata vården och omsorgen. Det är viktigt att alla entreprenadavtal med privata utförare inom vård och omsorg omfattar personalens rätt till meddelarskydd. Men det räcker inte. Ett fullgott skydd kräver lagstöd. Regeringen har efter omfattande kritik pressats att starta en utredning i frågan trots att man tidigare varit emot en lagstiftning i frågan. Redan i juni 2011 utlovade regeringen en utredning i frågan. Utredningen tillsattes dock först ett år senare, i juni 2012, och har i uppgift att titta på hur meddelarskyddet kan stärkas framför allt i sådan skattefinansierad verksamhet som avser vård, skola och omsorg samt att analysera och beakta kritik mot tidigare förslag om stärkt meddelarskydd. Med dessa vaga utfästelser är det högst oklart om det kommer ett förslag i frågan från regeringen som ger privatanställda i vård och omsorg meddelarskydd. Vi kommer att följa denna fråga noga. Vi kräver en lagändring som ger all personal inom offentligt finansierad vård och omsorg fullt meddelarskydd.

1.8 En modern it-strategi för hälso- och sjukvården

Det finns enorma möjligheter att med hjälp av informations- och kommunikationsteknik förbättra och utveckla vården för patienterna. En väl utvecklad it-infrastruktur leder till att vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov.

När it används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården kan de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt. Men för att detta ska bli verklighet krävs en nationell och uthållig kraftsamling.

Att utveckla journalhanteringen i vården är en nödvändighet. Målet bör vara "en patient – en journal". Journalerna är idag splittrade och svåröverskådliga. Olika personalkategorier för var sin journal med dubbelarbete som följd. All information om en patient ska samlas på ett ställe så att patienten slipper berätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt. Patienten ska ha tillgång till sin egen journal. Det administrativa arbetet minskar, tid spars och patientsäkerheten ökar.

Den socialdemokratiska regeringen påbörjade arbetet med en nationell it-strategi i bred samverkan med centrala aktörer. Den nuvarande regeringen har inte tillräckligt prioriterat arbetet med den nationella it-strategin. Många bra förslag som skulle kunna underlätta och effektivisera arbetet både för personal och för patienter har inte fullföljts. Det finns alltför många olika it-system inom vården som inte är kompatibla med varandra. Det ofullbordade it-arbetet har istället för att rationalisera vården inneburit tidstjuvar och merarbete. Det är samtidigt viktigt att inte låsa in sig i stora dyra system där kostnaderna drar iväg på grund av monopolsituationer. Därför bör användandet av öppna standarder vara norm. Syftet ska vara att förenkla och effektivisera både tidsmässigt och ekonomiskt. Den nationella it-strategin måste bli mer kraftfull och ha tydliga mål och tidsplaner.

Ett modernt utnyttjande av it handlar också om att utveckla lösningar direkt för patienten. Många människor, oavsett ålder, behöver hjälp med att hålla ordning på information som har med den egna hälsan att göra. Det är svårt att minnas vilken antibiotika läkaren ordinerade sist, vilka vaccinationer som är gjorda eller vilket knä som smärtade för tio år sedan. På samma sätt som de flesta människor idag har ett bankkonto på internet kan man ha ett säkert konto för att samla information som rör hälsan. Hälsokontot ska vara individuellt. Ingen annan än den som har hälsokontot ska ha tillgång till informationen. Kontot ska vara lika säkert som ett bankkonto. Ett hälsokonto kan till exempel innehålla den egna journalen, kortfattad information från vårdcentraler, sjukhus och hemsjukvård, information från apoteket, tandläkaren, optikern, vaccinationer, utlandsvård, läkemedelsförteckning, personliga minnesanteckningar med mera. På sikt ska det också finnas möjlighet att ha direkt kontakt med vården. Vi har lagt förslag om hälsokonto under flera år och stödet för ett sådant har successivt ökat. Regeringen lovade förra året att ett fullt utbyggt hälsokonto "ska finnas tillgängligt under 2014". I budgetpropositionen för 2014 har det tidigare löftet bytts mot det betydligt vagare uttrycket "planerad lansering 2014". Vi kommer att bevaka frågan noga mot bakgrund av risken för förseningar eller omprioriteringar.

1.9 Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård

Primärvården har en central betydelse för det sjukdomsförebyggande hälsoarbetet och för en jämlik hälsa. Internationell forskning visar att en bra primärvård är den del av sjukvården som har störst betydelse för folkhälsan. Utan en

Fel! Okänt namn på

bra primärvård utnyttjas inte den samlade hälso- och sjukvårdens resurser på bästa sätt. Men det är inte bara primärvården som bär ansvar för ett sjukdomsförebyggande hälsoarbete. Även sjukhusen har en viktig hälsofrämjande roll.

Att vårdkedjor fungerar väl och att människor har vetskap om att sjukhusvården finns tillgänglig med god kompetens och hög kvalitet den dag de själva eller anhöriga behöver den har i sig en viktig hälsofrämjande funktion. Hur vården ges och personalens bemötande har stor betydelse, men även sådant som lokalernas utformning, väntetider och den mat som serveras. Hälso- och sjukvården ska inte bara vara åtgärdande, utan också hälsofrämjande. Det får tydliga konsekvenser. Det gäller till exempel hur mycket man arbetar med livsstilsråd, uppföljning efter inläggning, kontakter med primärvården och samhället i övrigt.

En avgörande fråga är att resurserna styrs dit där behoven är störst. Ersättningsystemets utformning styr vårdens prioriteringar och därför får man olika effekter av vårdvalssystem beroende på hur systemet ser ut. Ersättningsystemen inom primärvården ska utformas så att hälsans bestämningsfaktorer tillsammans med sjuklighet och vårdtyngd styr resurserna.

Ersättningsystemen bör premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för alla åldersgrupper, teamarbete och hög tillgänglighet. Förebyggande arbete ska tydligt ingå i primärvårdens uppdrag. Arbetet med att omvandla vårdcentraler till hälsocentraler ska främjas. Det innebär exempelvis att vårdcentraler erbjuder insatser för rökavvänjning, alkoholrådgivning, kostrådgivning samt skadeförebyggande arbete inom äldreomsorgen och läkemedelsgenomgångar. I de fall man vet att livsstilsförändringar ger lika effekt som eller större effekt än läkemedel och då läkaren bedömer att det är möjligt bör detta i första hand prövas och följas upp. Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) är framgångsrikt. I samarbete med andra aktörer inom friskvårdsområdet kan detta utvecklas och förbättras. Samverkan mellan olika personalgrupper är en nödvändig förutsättning för ett arbete som utgår från en helhetsyn på människan och möjlighet att möta mångskiftande vårdbehov och socialmedicinsk problematik.

En problematik som behöver uppmärksammas gäller rehabiliteringen. Patienters möjlighet till god rehabilitering har försvagats efter vårdvalsreformen. En grundläggande orsak är oklarheten kring primärvårdens ansvar och uppdrag i den tidiga rehabiliteringen. De som inte har en arbetsgivare som köpt rehabiliterande tjänster riskerar att helt bli utan en viktig del av sin hälso- och sjukvård. En ytterligare orsak är att vissa vårdvalsmodeller inte gynnar teamarbete, vilket ger en hälso- och sjukvårdsstruktur rakt motsatt den som Rehabiliteringsrådet förordar i sitt betänkande.

Vi föreslår att regeringen får i uppdrag av riksdagen att återkomma med ett förslag till förtydligande av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om att ersättningsystemen i vården ska utformas så att de premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, med ett jämlikhetsperspektiv.

Vi vill att människor ska ha inflytande över sin hälso- och sjukvård. Medborgare ska ha rätt att välja vårdcentral och läkare. På denna punkt är vi ense med regeringen. Vi är dock kritiska till hur lagarna för detta har utformats. Vi menar att de gällande lagarna LOV (lagen om vårdval) och lagen om vårdval

i primärvården har stora och avgörande brister och bör ses över (se avsnitt 1.13 Nationella kvalitetslagar). Lagarna innebär fri etablering för företag inom välfärdsområdet och hindrar därmed landstingen/regionerna att utforma och utveckla modeller för en god primärvård utifrån medborgarnas behov. Fri etablering innebär att landstingen/regionerna blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt. Det finns en risk att utbudet av primärvårdsenheter blir lägre i mer kostnadskrävande områden om inte ersättningssystemet tar tillräcklig hänsyn till sjuklighet och sociala skillnader (se till exempel kritiken mot utformningen av Vårdval Stockholm). Det är oacceptabelt att marknadsmekanismer ska sätta spelreglerna för en behovsstyrd verksamhet. Det måste finnas möjlighet för den som finansierar vården att vid behov diskutera och styra etableringar av privata aktörer.

LOV möjliggör även för privata utförare (men inte för offentliga) att sälja tilläggstjänster. Det öppnar för en tudelning av vården som leder till att det blir plånboken och inte behoven som styr. Det kan på sikt leda till att den offentligt finansierade vården urholkas. Risken är stor att det skapas en lägsta nivå som alla har tillgång till och att den som vill (och har råd) kan köpa tjänster eller behandling utöver detta. En demokratiskt styrd och solidariskt finansierad vård som ges efter behov är en grundläggande del av den svenska välfärden. Det är viktigt att medborgarna har valmöjlighet. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska välja patienter. Denna fråga behöver ses över i särskild ordning så att inte svensk sjukvård och äldreomsorg utvecklar system som ökar skillnaderna istället för att minska dem.

1.10 Fri etablering i specialistsjukvården

Den borgerliga regeringen tillsatte under förra mandatperioden en utredning som skulle titta på frågan om valfrihetssystem i den öppna specialistsjukvården. Utredningen föreslog en lag om vårdgivaretablering (LOVE) som går ut på att vårdgivare ska kunna etablera sig fritt inom den öppna specialistvården. Taxan skulle bestämmas av en nationell myndighet. Kritiken mot förslaget har varit stark. Landstingen skulle få ytterst begränsade möjligheter att påverka vilka etableringar som sker. När det införs nationella taxor för samtliga legitimerade yrkesgrupper får landstingen svårare att kontrollera kostnaderna och planera sin verksamhet. Tanken är att tvinga landstingen/regionerna att acceptera privata etableringar. Vi tror inte på idén om lagstadgad fri etablering i specialistsjukvården. Det slår sönder fungerande vårdkedjor och gör det helt omöjligt för landstingen att planera, lokalisera och bygga upp en effektiv specialistsjukvård. Det är snarare så att det behövs en samordning över nuvarande landstingsgränser för att hushålla med de resurser som finns. Privata vårdgivare kan spela en roll i specialistsjukvården men detta bör regleras genom vårdavtal eller frivilliga LOV-system snarare än genom lagstadgad fri etablering.

Regeringen har inte lagt fram något förslag om införande av LOVE, däremot försöker regeringen genom stimulansbidrag styra landstingen att införa etableringsfrihet. Vi anser inte att detta är en fråga som staten ska engagera

Fel! Okänt namn på

sig i och vi avvisar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som infördes från 2012 och som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården (för 2014 uppgår beloppet till 100 miljoner på anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård).

1.11 Jämställd hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen och olika forskarrapporter har vid flera tillfällen redovisat analyser av vårdens jämställdhet. De visar att det fortfarande förekommer vissa systematiska (och omotiverade) skillnader i bemötande och omhändertagande av kvinnor jämfört med män. Det kan handla om att kvinnor får sämre behandlingar, ges äldre och billigare mediciner eller att de oftare får felaktiga diagnoser. Socialstyrelsen pekar på att framsteg görs och att erfarenheterna visar att förändringar är möjliga att åstadkomma enbart genom att synliggöra rådande förhållanden. Att nå ökad jämställdhet i vården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på forskning, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser. Vi föreslår en nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård. Centralt i en sådan plan är ökad och mer spridd kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården. Det behövs också mer forskning för att belysa vilka könsskillnader som finns och hur de uppkommer. Ökat fokus på jämställdhet och genus på vårdutbildningarna på gymnasiet och högskolan, samt i vidareutbildningar för personal inom hälso- och sjukvården, är också av central betydelse för att få en jämställd vård. Arbetet med könsuppdelad vårdstatistik bör fortsätta och jämställd vård bör vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna. Att nå ökad jämställdhet i vården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på forskning, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser.

1.12 Driftsformer i hälso- och sjukvården

För oss socialdemokrater är kvalitet och likvärdighet viktigast i hälso- och sjukvården. I flera borgerligt styrda landsting och regioner har det genomförts och planeras omfattande privatiseringar av hälso- och sjukvårdsverksamheter utan annat syfte än att privatisera gemensam egendom och gemensamma uppgifter. Ibland sker dessa utförsäljningar genom att verksamhet mer eller mindre slumpas bort. Vi motsätter oss denna politik. Kvalitet och likvärdighet, patientnytta och säkerhet skall styra sjukvården, inte privatiseringar av ideologiska skäl. Vi föreslår en lag om investeringsskydd så att skattefinansierad verksamhet inte kan säljas ut till privata ägare till underpris.

Samtidigt är vi inte negativa till alternativ i vården. Det är inte självklart att en offentligt driven vårdcentral håller hög kvalitet bara för att den drivs offentligt. Motsvarande förhållande gäller även privat driven verksamhet. Där emot finns det många goda exempel på vårdcentraler, läkarmottagningar, sjukgymnastik med mera som drivs av dem som jobbar där eller av företag eller idéburna ideella aktörer på uppdrag av landstinget. Men det kan också

ske som en självstyrande enhet (intraprenad) inom landstinget/regionen med stora frihetsgrader och stort eget ansvar. Kvalitet och resultat, patientsäkerhet och tillgänglighet bör styra vårdens prioriteringar, inte driftsformer eller snäva lönsamhetskalkyler.

Ingen som söker vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska behöva riskera att lönsamhetskalkyler görs innan behandling sätts in. Vi motsätter oss varje lösning som innebär att man med privata medel, till exempel genom privata försäkringar, tillåts köpa sig förtur (gräddfiler) till offentligt finansierad vård. Därför måste det finnas regler för privata utförares medverkan i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Alla människor ska ha rätt att vid behov få tillgång till vård med hög kvalitet. Det ska bara vara hälsotillståndet som avgör när och hur du blir behandlad i hälso- och sjukvården, inte plånboken eller tillgången till privata försäkringar. Vi föreslår att gräddfiler för privatbetalande patienter inte ska vara tillåtet i den offentligt finansierade vården. Detta bör regleras i lag.

Nästan alla svenska sjukhus som finansieras gemensamt drivs idag offentligt. Så ser det också ut i många jämförbara länder. Många av sjukhusen utgör komplexa och högt kvalificerade nav i sjukvårdens vårdkedjor och förändringar av dessa påverkar vården i många andra delar. Att bryta ut och avhända sig ansvaret för sjukhusen riskerar att slå sönder fungerande vårdkedjor för patienten och försämra samverkan inom alla delar av vården. Vi vill därför inte sälja ut eller privatisera sjukhus.

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Dessa sjukhus är avgörande för hela sjukvårdens infrastruktur. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till lagstadgat ansvar för vården, vilket gör dem olämpliga att privatisera. Det är landstingen och regionerna som ansvarar för hur sjukvården ska organiseras och det är där de olika politiska alternativen ställs mot varandra. Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för utbildning och praktik för hälso- och sjukvårdens personal. Vi föreslår att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus. Detta bör regleras i lag.

Vår samlade politik på området redovisas i nedanstående avsnitt 1.14 om nationella kvalitetslagar.

1.13 Nationella kvalitetslagar

Vår syn på välfärden utgår i från våra värderingar om frihet, omtanke, jämlikhet och gemensamt ansvarstagande. Alla individer har skyldighet att bidra och alla har rätt att få del av skola, vård och omsorg. Välfärden ska vara av hög kvalitet och finansieras gemensamt. Den ska fördelas efter behov och inte efter köpkraft. Alla ska ha rätt att välja, skattemedel ska hanteras på ett effektivt sätt och lika regler kring öppenhet och insyn ska gälla i alla skattefinansierade verksamheter.

Det senaste decenniet har svensk välfärd genomgått stora förändringar. Bland annat har andelen verksamheter inom välfärden som utförs av privata företag ökat kraftigt. Den mångfald detta har skapat har medfört mycket posi-

Fel! Okänt namn på

tivt. Men allt är inte bra. Idag finns exempel på att privata företag inom välfärden tummar på kvaliteten för att kunna göra stora vinster, till exempel genom en lägre personaltäthet i friskolor och på privata äldreboenden. Det är oacceptabelt. När vinsterna i välfärdsföretagen kan vara dubbelt så höga som i övriga näringslivet (SCB, 2010) visar det att skattepengar inte används på bästa sätt.

Vi socialdemokrater vill att det införs nationella kvalitetslagar för ordning och reda i välfärden. Ingen ska göra vinst på bekostnad av kvaliteten. Personaltäthet, personalkostnader eller andra kvalitetsrelaterade kostnader bör regleras så att de inte kan vara väsentligt lägre i privata verksamheter än i respektive kommunal eller landstingskommunal verksamhet.

Vi vill också ställa hårda krav på vilka som får driva välfärdsverksamhet. Medborgarnas behov och de lokala förutsättningarna blir utgångspunkten för etableringar. Vi vill ha öppna böcker och full insyn i all välfärdsverksamhet – lika regler ska gälla för alla. Våra förslag stärker också de anställdas ställning och tillsynen, vilket ökar möjligheterna att förebygga och komma till rätta med brister. Sammantaget innebär våra förslag om nationella kvalitetslagar att vi stärker kvaliteten i välfärden, garanterar medborgarnas valfrihet och begränsar vinsterna så att skattepengar används på ett ansvarsfullt sätt.

Vi föreslår att det utarbetas nationella kvalitetslagar för välfärdsverksamheterna enligt följande:

Ingen vinst på bekostnad av kvaliteten

Vi vill se en vinstbegränsning. Ingen vinst ska kunna tas ut på bekostnad av kvaliteten, utan kvaliteten ska vara hög och likvärdig i såväl privat som offentlig verksamhet. Idag ser vi att stora vinster uppkommer genom att man genomgående har lägre personaltäthet i exempelvis friskolor och på privata äldreboenden. Mot bakgrund av detta ska personaltäthet, personalkostnader eller andra kvalitetsrelaterade kostnader regleras, så att de inte kan vara väsentligt lägre i privata verksamheter än i motsvarande kommunal eller landstingskommunal verksamhet. Syftet är att höja kvaliteten och garantera en effektivare användning av skattemedel. Detta ska regleras i lagar och förordningar.

Hårdare krav på vilka som får driva välfärdsverksamhet

För att förhindra att enskilda drabbas av plötsliga nedläggningar av välfärdsverksamheter, och för att motverka kortsiktiga vinster på bekostnad av kvaliteten, är det nödvändigt att ställa hårdare krav på vilka som får driva välfärdsverksamhet. Kompetens, seriositet och långsiktighet hos ägarna ska vara ett krav för att få tillstånd att starta nya välfärdsverksamheter. Vid varje ägarbyte ska tillståndet prövas på nytt. Varje utförare ska tydligt redovisa information såväl om vem som är ägare som om eventuella ägarbyten, så att denna information finns lättillgänglig för medborgare och brukare.

Förhindra onödig resursförbrukning

Vi vill att det ska finnas tillräckligt med underlag i form av exempelvis elever eller vårdtagare för att ny välfärdsverksamhet ska kunna starta. På så sätt undviker man att resurser förbrukas i onödan. På skolans område vill vi se ett ökat kommunalt inflytande över nyetableringar, genom att ett obligatoriskt samråd sker med kommunen innan en fristående skola får tillstånd.

Det ska vara möjligt för kommuner att själva välja om de vill införa LOV eller inte. Detta innebär att vi säger nej till förslaget att göra LOV obligatoriskt. Vidare vill vi förändra LOV, så att fri etablering för företagen inte längre ska vara möjlig. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter.

Resurser efter behov

De stora överskott som finns i delar av välfärden (såväl privat som offentlig) tyder på att dagens system inte är effektiva. Vi vill att ersättningssystemen inom välfärden ses över, så att de ersätter utförare för reella behov och de kostnader som finns. Precis som skolpengen ska styras av elevernas behov ska ersättningen inom vården styras av vårdtyngd. Eftersom det är kommunerna som står med det yttersta ansvaret att erbjuda välfärd, om de privata alternativen på området skulle lägga ner, ska kommunerna också kompenseras för detta ansvar.

Välfärdsföretag ska betala skatt i Sverige

Ett grundläggande krav i skattelagstiftningen ska vara att företag inte tillåts att undandra vinster från beskattning till exempel genom att tillämpa orimligt höga räntesatser på internlån mellan koncernbolag och dotterbolag. Det är orimligt att företag som finansieras av skattemedel inte betalar skatt i Sverige, utan i så kallade skatteparadis. Detta måste få ett slut.

Lag om investeringskydd

Vi har sett upprörande exempel på hur offentliga verksamheter som byggs upp av skattemedel sålts för mycket låga belopp. En ny lag om investeringskydd bör införas så att skattefinansierad verksamhet inte kan säljas ut till privata ägare till underpris.

Skärpt tillsyn

För att garantera kvaliteten i välfärden krävs det en mer utbyggd tillsyn, med möjlighet till fler oannonserade inspektioner och med tydliga sanktioner vid brott mot reglerna. Inspektionsmyndigheterna ska ges utökade befogenheter att granska ekonomi och rätt att kräva tillbaka offentliga bidrag som används på felaktigt sätt.

Enheter som inte följer gällande regelverk och har allvarliga kvalitetsbrister ska kunna återkrävas på offentliga medel, kunna tilldelas ekonomiska sanktioner och i sista hand kunna stängas.

Fel! Okänt namn nå

Verklig mångfald

Mångfalden inom välfärden är central och valfriheten ett viktigt värde. Den kommunala och landstingskommunala välfärden ska hålla hög kvalitet. För att garantera verklig mångfald vill vi uppmuntra non profit-alternativ och förhindra uppkomsten av privata monopol. I varje kommun ska det finnas offentliga alternativ inom välfärden. Det ska vara möjligt för kommuner att rikta upphandlingar och valfrihetssystem inom välfärden till enbart privata, kooperativa och ideella aktörer som inte drivs i vinstsyfte. Vår bedömning är att EU-rätten medger en sådan ordning, men att LOU och LOV måste ses över för att göra detta möjligt. Det civila samhällets aktörer kan spela en betydande roll i skolan, vården och omsorgen. I nuläget tillvaratas inte denna potential fullt ut. Därför bör en nationell strategi för idéburen välfärd tas fram, i syfte att göra det möjligt för non profit-aktörer att växa och utvecklas. Det handlar inte minst om att säkerställa kapitalförsörjningen för ideella och kooperativa utförare, men även andra frågor kan vara aktuella.

Etisk kod

För att långsiktigt utveckla kvaliteten i välfärden vill vi att finansierare, utförare och relevanta fackförbund tillsammans arbetar fram en etisk kod – ett socialt kontrakt – för all verksamhet inom välfärden. Den etiska koden bör omfatta:

1. Högre kvalitet i verksamheterna – utveckla mätmetoder och verkningsfulla uppföljningssystem.
2. Ansvarsfullt ägarskap – inklusive frågan om rimlig avkastning på kapital och återinvesteringar i verksamheten.
3. Arbetsvillkor i välfärden.

Den etiska koden ska innehålla krav på kollektivavtal för anställda i välfärdsverksamhet.

Öppna böcker

Tack vare den svenska offentlighetsprincipen har missförhållanden inom den offentliga välfärden upptäckts och debatterats. Vi vill nu ställa motsvarande krav på de privata aktörer som verkar inom den skattefinansierade välfärden. Därtill ska varje enskild vårdcentral, vårdenhet och motsvarande tydligt redovisa sin ekonomi. Av redovisningen ska alla intäkter och utgifter kopplade till den enskilda enheten framgå, och därmed även vinsterna som uppstår. Det ska inte längre räcka att ekonomin redovisas på koncernnivå. Dessa förändringar ska regleras i lag.

Lika regler

Reglerna ska vara desamma inom all välfärd, oavsett huvudman. Därför ska Sverige godkänna ILO:s konvention 94. Personal i privat välfärd ska också omfattas av meddelarskydd. Även Lex Sarah ska utvidgas så att missförhållanden hos privata utförare inom de områden som omfattas av socialtjänstla-

gen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska anmälas till oberoende instans.

1.14 Cancersjukvård

Bekämpandet av cancersjukdomar är en av de stora utmaningarna för sjukvården. Varje år får 55 000 personer cancer i Sverige. I dag lever drygt 440 000 personer som har eller har haft en cancersjukdom. 60 procent av dem som drabbas lever tio år efter diagnos. Sverige har i dag jämförelsevis goda behandlingsresultat för cancersjukdomar. Det finns dock stora regionala och sociala skillnader i överlevnad. Antalet personer som lever med cancer förväntas fördubblas fram till 2030. För att förbättra resultaten ytterligare och möta framtidens behov måste cancervården samordnas ytterligare.

Den nationella cancerstrategin tillkom för att få en nationell, långsiktig och målmedveten strategi för att cancervården ska behålla och förbättra sina resultat. Cancerstrategin har uppsatt följande nationella mål:

- ? Minska risken för insjuknande i cancer.
- ? Förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer.
- ? Förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos.
- ? Minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos.
- ? Minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Under 2010 bildades regionala cancercentrum (RCC) på sex ställen med uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Inrättandet av regionala cancercentrum syftar till att genom samordning förbättra och utveckla hela cancerprocessen – från prevention och diagnostik till behandling, uppföljning, rehabilitering och palliation. Under åren har varje RCC arbetat med olika fokusområden och specifika projekt, ett fåtal projekt har genomförts nationellt.

Från patientperspektiv är det ett grundläggande krav att cancervård och behandling är jämlik och optimal så att alla har samma rättigheter och möjligheter till vård och omsorg oberoende av landstings/region-tillhörighet. Det är mot denna bakgrund dags att ta nästa steg, utveckla kvaliteten och fördjupa samordningen och den nationella styrningen. I det följande kommer vi att redovisa de områden och frågor vi tycker måste prioriteras i ett sådant arbete.

En del av den nationella cancerstrategin handlar om att patientens ställning i cancervården ska stärkas genom att patienten får adekvat information, erbjuds valmöjligheter beträffande utredning och behandling och får råd och stöd för egenvård. Det är också viktigt att cancervården har en systematisk återföring av patientupplevelser och att man engagerar patientrepresentanter i beslut rörande cancervårdens utformning och utveckling. Detta förutsätter dock att patienten och dennes anhöriga är välinformerade så att korrekta och välinformerade beslut kan fattas. En viktig förutsättning för att cancerpatienten kan vara väl informerad är cancerpatientorganisationer. Dessa organisationer kan förutom att sprida kunskap även bevaka intresset för de patienter

Fel! Okänt namn på

som inte vill eller kan fatta dessa beslut i så motto att det inte ska finnas regionala skillnader i vården.

En viktig beståndsdel för att uppnå en rättvis cancervård och minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos är de nationella vårdprogrammen. Arbete med nya och revidering av tidigare nationella vårdprogram pågår inom en rad cancerdiagnoser. Utöver nationella vårdprogram finns en rad regionala vårdprogram. Vi anser att det är viktigt att ambitionerna i regionala vårdprogram inte är lägre än i nationella vårdprogram. Nationella vårdprogram ska vara tvingande och vården ska följa dem. Avvikelser måste diskuteras noga och motiveras särskilt.

En tidig upptäckt av cancer är en förutsättning för behandling med lyckat resultat. Det behöver analyseras varför det sker fördröjningar mellan symptom, diagnos och behandling. I detta sammanhang måste det granskas om vårdens ersättningssystem spelar roll. Exempel är ersättningssystem där enklare åkommor med förhållandevis lätt diagnos och behandling premieras före mer komplicerade symptom eller ekonomisystem där primärvården får betala för remiss/provtagning. Nationella vårdgarantin om 90+90 dagar måste kraftigt minskas för cancerpatienter. Genom att inrätta diagnostiska center (som RCC Syd) över hela landet kommer man att ge en stor och många gånger svår patientgrupp snabbare, bättre och tryggare vård.

Cancerrehabilitering skall vara en naturlig integrerad del av varje cancerprocess från utredning/diagnos och genom hela vårdkedjan. Den ska omfatta alla insatser för att möta fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov som patient och närstående har i samband med en cancersjukdom. Bedömning av rehabiliteringsbehov ska göras och åtgärder ska sättas in oavsett var patienten får sin vård eller var i sjukdoms- och behandlingsförloppet patienten befinner sig. Samtidigt är syftet att hushålla med cancervårdens resurser genom att förebygga och behandla effekter och seneffekter av cancersjukdom och dess behandling. Rehabilitering har ingen 65-årsgräns utan ska erbjudas alla patienter. Fokus är att komma tillbaka i livet, i arbete, i studier eller som aktiv pensionär.

Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om möjligheter till cancerrehabilitering inklusive psykosocialt stöd. Alla minderåriga barn med en förälder, eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd. Alla patienter med cancer ska ha en skriftlig individuell cancervårdplan där cancerrehabilitering ingår. Alla patienter med cancer ska rutinmässigt och återkommande bedömas gällande behov av cancerrehabilitering. Alla patienter med cancer ska få information om vikten av fysisk aktivitet under och efter cancerbehandling. Alla patienter med cancer och deras närstående ska erbjudas att delta i informations- och stödprogram som ett led i rehabiliteringen. Alla patienter med cancer som bedöms vara i behov av mer intensifierade rehabiliteringsinsatser remitteras till specialiserad rehabiliteringskompetens för vidare utredning och åtgärder.

Kontaktsjuksköterskan har en nyckelroll i arbetet med cancerrehabilitering och ansvarar för att en individuell vårdplan upprättas där behoven av rehabilitering lyfts fram. De mål och åtgärder som sätts upp i planen ska vara tydliga,

mätbara och följas upp regelbundet i dialog med patienten. Målen skall bygga på en noggrann kartläggning av den enskilda patientens rehabiliteringsbehov. Det är viktigt att vara uppmärksam på att patientens behov kan förändras genom sjukdomsförloppet. Bedömning av rehabiliteringsbehov bör därför göras vid alla brytpunkter såsom vid diagnos, start och avslutning av olika behandlingar.

Familj och vänner är viktiga när det gäller stöd till personen med cancer, och i vissa fall är de också direkt delaktiga i vården av den sjuke. Närståendes stöd, såväl praktiskt som emotionellt, kan ha stor betydelse för både patient och närstående. Hur närstående hanterar situationen har också betydelse för hur den som blivit sjuk klarar sig. Stöd till närstående kan generera bättre förutsättningar för patienten att klara av sin sjukdom, behandling och rehabilitering. Närstående kan ha stor betydelse för både motivation och genomförande av rehabilitering. En del rehabiliteringsåtgärder kan direkt påverka närstående, och i vissa fall behöva närståendes medverkan.

Cancerorganisationernas stöd-/kontaktpersoner ska ses som en del av det psykosociala stödet för cancerpatienten och dennes närstående. Inom flera cancerdiagnoser ger patientorganisationen ett framgångsrikt och uppskattat stöd till cancersjuka och deras närstående. Norge har en väl utvecklad "like-manns" verksamhet och där ses de som en viktig resurs till sjukvården. De har ett välutvecklat sätt att säkerställa kvalitet och tystnadsplikt.

Den nuvarande definitionen av "palliativ vård" innebär att cancerpatienten vårdas för "en icke botbar cancersjukdom". Många cancersjukdomar har under de senaste decennierna glädjande gått från att vara dödliga till kroniska, det vill säga att man kan leva under lång tid med sin cancersjukdom. Att då hamna i "palliativ" vård upprör en del cancerdrabbade och många jämförelser med andra allvarliga och kroniska sjukdomstillstånd kan göras. Exempelvis innebär inte diabetes att man hamnar i en palliativ vårdfas, även om den är kronisk och kan vara dödlig. Begreppet "tidigt palliativt skede" kan med fördel bytas ut mot begreppet "kronisk cancer" inom cancer vården.

Vården behöver gå från ord till handling när det gäller den palliativa vården inriktad på behandling och vård av patienter som inte kan botas. Den sena palliativa fasen, som är kort, från några veckor till några månader, ska ske i närheten av hemmet, där de flesta har sitt kontaktnät i form av släkt och vänner (till skillnad från den kurativa cancerbehandlingen som syftar till bot och återgång till livet). Utöver patientens behov av vård, omvårdnad och stöd behöver även familj och närstående erbjudas stöd. Den palliativa vården, oavsett tidigt eller sent skede, ska ge livskvalitet. Fler hospiceplatser behövs, alla vill inte dö hemma.

I betänkandet om den nationella cancerstrategin föreslogs att varje patient vid diagnostillfället ska få en fast kontaktperson på den cancervårdande kliniken i syfte att förbättra informationen och kommunikationen mellan vården och patienten och dennes anhöriga, och att stärka både patientens och de anhörigas möjligheter till delaktighet i vården. Patientfokus är centralt i genomförandet av förslagen i den nationella cancerstrategin. Inom respektive RCC har man kommit olika långt och utformningen av kontaktsjuksköterskornas roll och arbetssätt ser olika ut. Reformen med kontaktsjuksköterskor

Fel! Okänt namn på

måste verkställas. En nationell utformning och en specialutbildning är önskvärd för att säkerställa god information till cancerpatienter.

Sverige har en stolt tradition av kliniska cancerstudier. Men allt färre kliniska cancerstudier bedrivs i Sverige. Det är både viktigt för cancerpatienten och för forskarna att vi får till ett ökat deltagande av svenska patienter i kliniska studier. Det behövs en ökad tillgänglighet när det gäller att hitta pågående kliniska studier. Kliniska studier måste vara en del av cancersjukvården.

Utbildningen av patologer måste högprioriteras för en god svensk cancervård. En viktig pusselbit för en lyckad cancervård är patologerna. Den svenska sjukvården har en stor brist på denna yrkesgrupp, särskilt hematologpatologer vars utbildningstid är minst sju år.

Det är viktigt att det genomförs en nationell nivåstrukturerings inom den svenska cancersjukvården. I maj 2011 träffades en överenskommelse mellan regeringen och SKL om ett tvåårigt arbete gällande cancersjukdomar eller vårdinsatser som bör koncentreras till färre vårdgivare än sex. Avsikten är att höja kvaliteten på sällsynta och/eller mycket komplicerade vårdinsatser genom en regionövergripande koncentration. En mer koncentrerad cancervård ger också en bättre plattform för utbildning, forskning och utveckling. Under våren 2013 utreddes regionövergripande vårdinsatser vid peniscancer, mjukdelstumörer bakom bukhinnan och matstrupscancer. I arbetet deltar nationella vårdprogramsgupper eller motsvarande professionella organisationer. Ett beslutsunderlag ska överlämnas till regionala cancercentrums samverkansgrupp med förslag till cancerdiagnoser där framförallt kirurgin är lämplig att koncentrera till färre än sex vårdgivare i landet. RCC i samverkan tar ställning till underlaget och kan föreslå huvudmännen att teckna ett bindande avtal om regionövergripande koncentration för lämpliga vårdinsatser. Uppdraget omfattar även att utveckla en modell för utredning och beslut om regionövergripande nivåstrukturerings av enskilda vårdinsatser. Vi anser att det är hög tid att nivåstrukturerings av cancervården genomförs. Inom ett antal cancerdiagnoser är antalet insjuknande så lågt att ett fåtal cancerläkare är tillräckligt för att behandla dessa patienter. Det är inte rimligt att varje cancerregion eller än värre varje landsting eller sjukhus ska behandla dessa cancerdiagnoser en eller ett par gånger per år. Det nationella samverkansarbetet mellan RCC har hittills inte gett fullt resultat och behöver snabbas på.

1.15 Organdonation

Donationsviljan i Sverige är en av de högsta inom EU. Ändå fungerar det svenska systemet inte effektivt. Behovet av organ för transplantationsändamål är stort och väntelistorna för patienter som väntar på en eller flera transplantationer har hittills ökat successivt. Av befolkningen är 80 procent positivt inställda till att donera organ efter sin död. Men bara knappt hälften av dessa, 40 procent, har tagit aktiv ställning.

Det finns i dagsläget tre sätt att som enskild göra sin vilja känd i Sverige. Det går att göra genom att fylla i ett donationskort, anmäla sig till Donationsregistret eller muntligt meddela närstående.

Varje människa har rätt att själv bestämma om man vill donera eller inte. Bristen på organ och vävnader är stor och det är därför viktigt att fler människor än i dag tar aktiv ställning till om man är positiv till organdonation eller inte. Som en följd av bristen på organ avlider många innan de får möjlighet att bli transplanterade. Inom sjukvården har olika frågor ställts kring vad som bör gälla vid organdonation och vård av döende patienter. Eventuella förändringar av nuvarande lagstiftning och hantering måste dock föregås av grundliga överväganden.

Det är angeläget att den översyn av nuvarande regler och hantering som nu pågår leder fram till förslag om hur fler organ ska kunna tillvaratas och användas för donation. Frågan inrymmer en rad olika etiska överväganden. Ett förslag som bör övervägas för att få fler att ta ställning till organdonation är att göra det möjligt att meddela sin vilja med ett kryss på deklaraionsblanketten. Det bör också undersökas om sjukvården ska kunna få titta i donationsregistret redan innan patienten avlidit för att kunna göra förberedelser för organdonation. Det bör vidare prövas om sjukvården under en kort och begränsad tid ska få fortsätta intensivvården även när hoppet att rädda patientens liv är ute om det innebär att man kan tillgodose en patients önskan att donera organ.

1.16 Hbt-personers hälsa

Majoriteten av hbt-personer har en god hälsa. Det visar undersökningar som bland annat Folkhälsoinstitutet gjort. Studien visade att hbt-personer generellt tycks ha en god hälsa men att det i hbt-gruppen trots detta finns en betydligt större andel individer med sämre hälsa än i den övriga befolkningen. Hbt-personer möts fortfarande av fördomar och kränkningar och detta påverkar deras hälsa.

Ungdomsstyrelsens rapport "Hon, hen, han" redovisar att en fjärdedel av de unga homo- och bisexuella kvinnorna någon gång har försökt ta livet av sig. Drygt 40 procent av transpersonerna uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling de senaste tre månaderna. Varannan transperson har övervägt att ta livet av sig. Vanligast är att unga hbt-personer utsätts för kränkande behandling i skolan. Många unga homosexuella, bisexuella och transpersoner har lågt förtroende för polisen, skolan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen på grund av att de känner sig diskriminerade i mötet med personalen.

Många unga hbt-personer upplever diskriminering i samhället och att de blir kränkta av skola, vård, arbetsförmedling och socialtjänst. De är även missnöjda med polisens bemötande vid anmälan av övergrepp. Bland de unga homosexuella och bisexuella är det 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som de senaste tre månaderna har blivit bemötta på ett kränkande sätt. Även en stor andel av transpersonerna, 41 procent, upplever att de har blivit utsatta för kränkande behandling de senaste tre månaderna. Tendensen är densamma i Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkäter som mäter befolkningens levnadsvanor och självupplevda hälsa. Unga hbt-personer har lågt förtroende för samhällets institutioner, vilket kan leda till att de undviker att ta kontakt med dem även om de behöver hjälp.

Fel! Okänt namn på

Vårdens bemötande har stor betydelse för viljan att söka och ta emot hjälp. Det är viktigt att hälso- och sjukvården inte uppträder fördomsfullt eller okunnigt. Alla människor har rätt att bli bekräftade och få vård och omsorg utifrån sina förutsättningar. Många har vittnat om hur bristande kompetens kring dessa frågor hos vårdpersonalen har skapat problem. Vi föreslår att regeringen ser över möjligheterna att ta ytterligare initiativ för att stödja sjukvårdshuvudmännens arbete med attityder och kunskap när det gäller bemötande i vården. Forskning kring hbt-personers hälsa bör stimuleras. Hbt-perspektivet ska tas upp på vårdutbildningarna i gymnasiet och högskolan och i fortbildning. Hbt-personers hälsa ska kontinuerligt följas upp och belysas när folkhälsoundersökningar görs.

Särskilt viktigt är att ungdomsmottagningarna har en fullgod hbt-kompetens. Unga hbt-personer som besöker mottagningarna ska vara säkra på ett gott och kompetent bemötande. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett system för hbt-certifiering för landets samtliga ungdomsmottagningar.

Vi föreslår också att regeringen tillsätter en utredning med uppgift att skapa en samlad verklighetsbild av levnadsvillkoren för transpersoner i Sverige. Därigenom får vi bättre förutsättningar att stärka deras ställning i samhället.

2. Hiv/aids

Vi vill att det genomförs en särskild informationskampanj angående hiv. Vi föreslår i budgeten för 2014 10 miljoner till en särskild satsning på informationskampanj angående hiv. År 2006 antog riksdagen på förslag från den socialdemokratiska regeringen en nationell strategi mot hiv/aids. Målet var att halvera antalet nysmittade i vårt land på tio års sikt. Det var ett fullt realistiskt mål men kräver ett intensifierat arbete. Under ett antal år har regeringens anslag legat still trots att problemen inte på något sätt minskat. Även om siffrorna varierar mellan enskilda år finns det en svagt ökande trend av rapporterade fall av hiv-infektion i Sverige sedan 2003. Detta är inte förvånande. Informationsinsatser är en färskvara och behöver förnyas. Samtidigt måste samhället hjälpa och stödja de personer som idag lever i Sverige som hiv-positiva. Samhället har ett stort ansvar för att minska den inhemska smittspridningen. Män som har sex med män är en särskilt utsatt grupp. De stora informationsinsatser som gjordes under tidigare årtionden har ingen verkan nu och många ungdomar var inte ens födda när dessa kampanjer genomfördes som mest intensivt. Utvecklingen har påtalats och varit känd för regeringen under flera år. Men uppenbarligen har inte detta lett till insikten att det behövs något initiativ från regeringens sida.

När det gäller det preventiva arbetet mot hiv och andra smittsamma sjukdomar har den borgerliga regeringens budgetpropositioner aldrig innehållit några nya satsningar eller initiativ. Det kommer inte att vara en hållbar strategi. Könssjukdomarna ökar igen och det finns tecken på att kondomanvändningen har gått ned i bland annat ungdomsgrupperna. Staten måste intensifi-

era sina insatser när det gäller smittskydd och insatser mot hiv. Ett intensifierat arbete bör bland annat bestå av särskilda informationsinsatser kring smittskydd och hiv och därför behövs ett riktat anslag för detta. Informationskampanjen ska vara ett komplement till övriga nödvändiga åtgärder: en översyn av smittskyddslagen, metoder att ge lärarna stöd när det gäller att på ett fördomsfritt och kunskapsbaserat sätt undervisa om sex och samlevnad, insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas verksamhet samt sprututbytesprogram på de ställen där det görs bedömningen att det kan bidra till minskad smittspridning.

3. Läkemedel

Läkemedel är idag den i särklass vanligaste behandlingsmetoden inom vården och kommer i framtiden att bli än viktigare. Tack vare framgångsrik forskning och utveckling blir det möjligt att med läkemedel bota och behandla allt fler sjukdomar och skador. Det är en fantastisk framgång som räddar liv och ger ökad livskvalitet åt många människor. Synen på läkemedel i den politiska debatten måste förändras. För den som genom rätt läkemedelsbehandling kan slippa långa sjukhusvistelser, bo kvar hemma eller fortsätta sitt dagliga liv och arbete är det uppenbart att läkemedel är en fantastisk tillgång och inte i första hand en kostnad för samhället.

Läkemedelsanvändningen behöver förbättras och effektiviseras på flera områden. Det finns idag stora brister. Det gäller inte minst läkemedelsförskrivningen till äldre. Mer än 95 procent av de över 75 år konsumerar något receptbelagt läkemedel. Kunskapen om hur olika terapier ska vägas och prioriteras mot varandra vid en genomgång av en multisjuk patients läkemedelsanvändning är idag ofullständig. Dessa patienter kan ha upp till tio olika läkemedel. Ofta görs ingen samlad bedömning av vilka läkemedel patienten har och hur de påverkar varandra. Det finns därför ett stort behov av ökad kunskap till förskrivare kring hur läkemedel ska värderas och prioriteras för sådana patienter. Analyser av äldres läkemedelsanvändning visar att kvinnor och personer med lägre utbildning i större utsträckning än män och högutbildade personer får en mer riskfylld läkemedelsanvändning, både när det gäller olika typer av olämpliga läkemedel och olika riskfyllda kombinationer av läkemedel. Av alla äldre som läggs in akut på sjukhus har upp till en femtedel drabbats av biverkningar av läkemedel. Dödligheten i denna patientgrupp är avsevärt större än i andra typer av patientgrupper. Vi menar att det behövs fler läkemedelsgenomgångar och att alla äldre patienter som behöver det bör få tillgång till en läkare med ett helhetsansvar för den medicinska behandlingen och läkemedlen.

Personal i vård och omsorg bör få regelbunden utbildning och fortbildning i effektiv och säker läkemedelshantering. Vi föreslår ett nationellt initiativ för ökad läkemedelssäkerhet med uppdrag att öka kunskapen hos befolkningen och att kartlägga omfattning och orsaker till felaktig läkemedelsanvändning. Arbetet kan med fördel ske inom ramen för den pågående läkemedelsstrategin. Varje kommun bör ha ett särskilt system för säkerhet och kvalitet i sin

Fel! Okänt namn på

läkemedelshantering för äldre. Det behövs också en bättre rapportering och information om läkemedelsanvändning till och för allmänheten. Ett förslag skulle kunna vara att inrätta en jour eller upplysningslinje dit allmänheten kan ringa när de vill diskutera eller är oroliga för sin egen eller en anhörigs läkemedelsanvändning. Det är också önskvärt med verksamhet som utifrån ett brukarperspektiv kan arbeta med råd, stöd och biverkningsrapportering.

Riksdagens borgerliga majoritet beslutade 2009 om en avreglering av apoteksmarknaden. Vi socialdemokrater röstade emot denna avreglering. Utgångspunkten för vårt ställningstagande var att det är av högsta vikt att läkemedelshantering är kostnadseffektiv, säker, lättillgänglig och ses som en del av sjukvården – inte som en marknad vilken som helst. Det svenska apotekssystemet där Apoteket AB hade ensamrätt på försäljning till konsumenterna och där läkemedelsbolagen konkurrerade om att få sälja läkemedel till Apoteket AB var ett mycket framgångsrikt system. Det bidrog till att vi hade ett av de säkraste och mest kostnadseffektiva distributionssystemen för läkemedel i världen samtidigt som apoteken låg i topp när det gäller kundnöjdhet inom detaljhandeln.

Riksdagens beslut 2009 innebar att Apoteket AB:s ensamrätt på försäljning av läkemedel till konsument avskaffades. Den av staten fastställda handelsmarginalen för apoteken höjdes i samband med avregleringen för att stimulera nya apotekskedjor att etablera sig. Därmed fick samhället ta på sig ökade kostnader för apoteksservicen. Sedan avregleringen har över 600 av de 900 apoteken sålts. Inga apotek, inte heller det som är kvar av det statligt ägda Apoteket AB, har numera något specifikt samhällsansvar. I samband med försäljningen av apotekskluster ingick klusterköparna avtal med staten. Enligt dessa avtal är klusterköparna förhindrade att under en treårsperiod lägga ned vissa utpekade apotek. Dessa avtal löpte ut under första kvartalet 2013. Det finns en stor risk att olönsamma apotek kommer att avvecklas. Detta löses knappast genom ett symboliskt tillskott till glesbygdsapotek.

Ett grundläggande problem med regeringens syn på apoteksväsendet är att man nästan helt ser verksamheten som försäljning av en vara vilken som helst. Apoteksverksamhet måste enligt vår mening i mycket högre grad än idag ses som en del i vårdkedjan. Apoteken är en del av vården och ska säkerställa kedjan vård-apotek-patient. I samband med att expediering av läkemedel sker på ett apotek kan frågor ställas till läkemedelskunnig personal om hur läkemedlet ska användas. En rad frågor kan komma upp som inte klarats ut vid läkarbesöket som ledde till receptet. Vi har sett mycket lite av utveckling i denna riktning efter avregleringen. Fler apotek och ökade öppettider men samma antal recept gör att apotekens intäkter pressas vilket leder till att mycket energi måste läggas på försäljning av receptfria läkemedel och andra produkter för att få ekonomin att gå ihop.

Regeringen anger i 2014 års budgetproposition att Statskontorets bedömning är att målet om bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen endast har uppfyllts ”till viss del”. Statskontoret skriver i sin utvärdering 2013 att sex av tio apoteksanställda upplever försämrade möjligheter till kompetensutveckling. Statskontorets enkät till apotekspersonal visar också att mer än hälften upplever att förutsättningarna för att göra korrekta receptexpe-

dieringar har försämrats efter omregleringen. Mer än hälften upplever även att förutsättningarna för att ge information och rådgivning om läkemedel och egenvård har försämrats. Konsumentverkets och Statskontorets konsumentundersökningar visar att konsumenterna i dag är mindre nöjda med apotekens rådgivning om läkemedel jämfört med före omregleringen. Några förklaringar till försämringarna som apoteksanställda lyfter fram är ökad arbetsbelastning, fler arbetsuppgifter, krav från apoteksledningen på att expedieringar inte bör ta för lång tid och att merförsäljning bör ske. Andra förklaringar är problem med receptexpeditionsstöden och en mer komplicerad hantering av periodens vara på grund av de striktare utbytesreglerna efter omregleringen. På längre sikt kan denna utveckling enligt Statskontoret innebära en risk för patientsäkerheten genom att patienterna inte får rätt information om sina läkemedel.

I Statskontorets enkäter ombads apotekspersonalen även att jämföra nuvarande förutsättningar för att tillhandahålla förskrivna läkemedel inom 24 timmar med förutsättningarna tiden före avvecklingen av apoteksmonopolet. Drygt sex av tio som besvarat frågan 2012 upplever att förutsättningarna har försämrats efter omregleringen. I enkäterna ombads apotekspersonalen också att jämföra nuvarande förutsättningar för direkt tillhandahållande med förutsättningarna tiden före avvecklingen av apoteksmonopolet. Närmare två tredjedelar (64 procent) av personalen upplever att förutsättningarna att förse kunder med förordnade läkemedel vid första besöket har försämrats efter omregleringen. Det var 6 procent som upplevde förbättringar.

Enligt Statskontoret är det relativt vanligt att apotekspersonalen hjälper konsumenterna att finna ett läkemedel på ett annat apotek i de fall det inte finns på det egna apoteket. I 2012 års personalenkät uppgav ungefär 70 procent av apotekspersonalen att de kontaktade ett annat apotek i samtliga, nästan samtliga eller de flesta sådana fall. Mindre än 20 procent uppgav att de oftast inte kontaktade andra apotek. Resultaten var ungefär desamma vid föregående mätning. Förutsättningarna för apotekspersonalen att göra detta på ett snabbt och smidigt sätt har dock överlag försämrats efter omregleringen eftersom konkurrerande apotek inte har direkt tillgång till information om varandras lager. Mot bakgrund av detta är Statskontorets sammantagna slutsats att konsumenternas möjligheter att bli hänvisade till andra apotek generellt sett har försämrats efter apoteksomregleringen.

Det är nu mycket viktigt att regeringen tar missnöjet på allvar och agerar med kundernas intresse i främsta rummet så att tillhandahållandeskyldigheten och möjligheterna till rådgivning och kompetensutveckling kan upprätthållas. I det sammanhanget bör även behovet och utformningen av en förutsägbar och kostnadseffektiv lösning för apotekstäckningen i glesbygd analyseras. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4. Strategiska samverkansprogram – life science

Sverige har en förhållandevis stor läkemedelsindustri. Det är viktigt för utvecklingen i sjukvården och för hela det svenska samhället. Om vi ska utveckla sjukvården och fortsätta att hänga med vad gäller medicinsk kvalitet är

Fel! Okänt namn på

samverkan med industrin viktig ur ett utvecklingsperspektiv. Därför är det allvarligt att de forskande läkemedelsföretagen väljer att lägga allt färre kliniska prövningar i Sverige. Det har skett en halvering på 10 år. Resultatet är att Sverige går miste om utländska investeringar när forskning och kliniska prövningar förläggs till andra länder. Det leder också till att personal går miste om kompetensutveckling samtidigt som patienters tillgång till ny behandling försenas.

Universitetssjukhusen har en unik kompetens och är en mötesplats för specialistsjukvård, forskning och avancerad utbildning. En stor enighet finns bland forskare och profession om att en privatisering eller uppsplittring ("vårdgallerior") av universitetssjukhusen allvarligt skulle hota kvaliteten i svensk sjukvård. Det riskerar att förstöra Sveriges mest avancerade forsknings- och utbildningsmiljöer samt utgöra ett hinder för forskningssamarbetet mellan akademien och näringslivet inom life science-området. Ersättningssystem som ensidigt bygger på kvantitet och förenklade styckeprismodeller riskerar att utarma den avancerade sjukvården. Kliniker har inte tid och råd att delta i kliniska studier av nya läkemedel. Det är förödande på sikt. Utveckling måste vara en del av uppdraget om vi ska hålla uppe kvaliteten och säkra personalens möjligheter till kompetensutveckling. Därför är det nödvändigt att staten medverkar till att det utvecklas nya metoder att mäta kostnader och produktivitet i sjukvård som arbetar integrerat med forskning, utveckling och utbildning.

Mer forskning är bra, men det räcker inte. Åtgärder måste vidtas som konkret ger nya behandlingar, produkter och tjänster, det vill säga tillväxt och sysselsättning. Socialdemokraterna vill inrätta ett nationellt innovationsråd direkt underställt statsministern. I rådet samlas representanter från näringsliv, akademi och arbetsmarknadens parter. Ett tidigt uppdrag för det nationella innovationsrådet blir att identifiera ett antal övergripande områden där det behövs samverkansprogram. Ett annat uppdrag för det nationella innovationsrådet blir att lägga fast de strategiska utgångspunkterna för en ny fond för finansiering i tidiga skeden. För ett litet exportberoende land som Sverige är det nödvändigt att det finns ett fungerande och väl utvecklat samarbete mellan politik, näringsliv och akademi. Ansatsen i samverkansprogrammen bygger på övertygelsen att framtidens samhällsliga möjligheter och utmaningar, rätt hanterade, innebär betydande möjligheter att stärka svensk konkurrenskraft och därmed skapa nya arbetstillfällen.

Identifieringen av vilka områden som borde bli föremål för strategisk samverkan kommer att diskuteras inom ramen för innovationsrådet. Vi kan dock redan nu adressera två viktiga utmaningar som kommer att mötas med samverkansprogram. Det ena gäller klimatutmaningen och den andra gäller life science. Sverige har tappat både forskning och industriell kapacitet inom life science under en följd av år. Därför behövs en tydlig strategi som identifierar våra styrkeområden, stärker den medicinska forskningen och kan sätta in insatser för att stärka och utveckla det svenska life science-klustret. 2 miljarder kronor avsätts totalt till en fond för finansiering i tidiga skeden. Fokus ska ligga på att genom samverkan få till flexibla och fungerande lösningar för

finansiering i tidiga skeden. Den nya fonden kapitaliseras genom att outnyttjade resurser hos Fouriertransform förs till den nya fonden.

Vi vill också få till stånd en tydligare rollfördelning mellan staten och landstingen för ersättningssystemet för läkemedel. Det är nu mycket trögt när det gäller introduktion och användandet av nya innovativa läkemedel i Sverige. Hälso- och sjukvårdslagen bör ändras för att förtydliga sjukvårdshuvudmännens ansvar för klinisk forskning samt att i avtal med annan utförare än sjukvårdshuvudmannen se till att forskning och utveckling finns med. Samverkan mellan de medicintekniska företagen och klinisk expertis måste ske i den kliniska vardagen och utgöra ett naturligt led i att utveckla vården.

5. Antibiotikaresistens

Konsumtionen av antibiotika fortsätter att öka i världen. Problemet med antibiotikaresistens är nu så stort globalt att det måste placeras på samma nivå som en rad av de stora sjukdomarna som varje år skördar miljontals liv. Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) har beskrivit antibiotikaresistens som ett av de allvarligaste hälsotenen inom EU. Det är bland annat en felaktig och överdriven användning av antibiotika som lett fram till att allt fler bakterier blir motståndskraftiga mot läkemedlet och inte kan behandlas.

Förutom fler dödsfall kommer många rutiningrepp inte längre att vara möjliga om utvecklingen fortsätter. Utan effektiva antibiotika kommer sjukvården att stå handfallen inför en rad bakteriella infektionssjukdomar som lunginflammation, blodförgiftning och tuberkulos. Det blir också riskabelt att genomföra operationer som till exempel byte av höftleder eller hjärtklaffar och organtransplantationer. Behovet av nya preparat är mycket stort och det är en fråga som Sverige behöver arbeta med nationellt, men också driva inom EU och internationellt. I dag har utvecklingen av antibiotika nästan upphört. Mycket få nya antibiotika har introducerats under de senaste 40 åren. Samtidigt finns det rapporter om resistens mot alla kända antibiotika.

Sverige har stora förutsättningar att driva antibiotikafrågan. I Sverige råder en relativt sett gynnsam situation då förekomsten av antibiotikaresistens i ett internationellt perspektiv är låg. Men situationen har under senare år blivit mer bekymmersam. Under 2012 anmäldes 7 225 nya fall av tarmbakterier med ESBL bland människor, vilket är en ökning med 28 procent jämfört med föregående år. Antalet nya fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) fortsätter också att öka; från 425 fall år 2001 till 2 097 fall år 2012. Faktorer som fler äldre patienter, fler komplicerade kirurgiska ingrepp och mer avancerad medicinsk behandling inom cancer- och transplantationsområdet gör att allt fler löper risk att drabbas av resistent bakterier och svårbehandlade infektioner. Ytterligare faktorer som ökar spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är det ökande resandet och att allt fler söker sjukvård utomlands. För att bekämpa denna problematik krävs samordnade insatser inom en rad områden. Återhållsam antibiotikaanvändning, god hygien inom vård och omsorg, effektiv och tillgänglig infektionsdiagnostik, forskning och

Fel! Okänt namn på

utveckling av nya antibakteriella ämnen samt insatser inom veterinärmedicinen och miljöområdet är alla viktiga insatsområden för att få bukt med spridningen av resistenta bakterier.

Antibiotikaanvändningen minskade i Sverige 2012 med 3 procent (på humansidan) men skillnaden mellan länen är anmärkningsvärt hög. I Stockholms län skrevs det ut 410 recept per tusen invånare mot 290 i Västerbotten. Västerbotten, som redan ligger lägst, var också ett av de län som minskade sin antibiotikaanvändning mest under 2012. Problematiken med antibiotikaresistens kommer att finnas så länge som antibiotika används. Men ju mer antibiotika som används desto snabbare sker ökningen av resistens. Antibiotika måste ses som en ändlig resurs och hanteras varsamt. Skillnaderna mellan länen, där storstadslänet har betydligt högre förskrivning än glesbygdslänet, trots att det inte finns tecken på olika sjuklighet, visar att förskrivningen kan påverkas och att det inte enbart är medicinska faktorer som styr förskrivningen. Regeringen bör överväga hur den nationella nivån ytterligare kan stödja och bidra till att arbetet i regionerna/landstingen med att hålla nere antibiotikaförskrivningen intensifieras.

Den socialdemokratiska regeringen presenterade redan 2005 en nationell strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Syftet med strategin var att bevara möjligheten att effektivt behandla bakteriella infektioner hos människor och djur med antibiotika. Arbetet har därefter utvecklats utifrån det faktum att problemet berör många olika samhällssektorer och för att lyckas bromsa utvecklingen krävs en samordnad insats. Därför har Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket uppdraget att ansvara för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Arbetet involverar 19 myndigheter och innefattar hälso- och sjukvård, veterinärmedicin, folkhälsa, djurhälsa, livsmedel och yttre miljö.

6. Narkolepsi

Vaccinationen mot influensan A(H1N1) under år 2009 och 2010 bidrog sannolikt till att rädda liv. 60 procent av svenskarna valde att vaccinera sig med Pandemrix, det vaccin som i Sverige erbjöds alla medborgare. Därmed minskades smittspridningen och antalet dödsfall i Sverige var lägre än i de flesta andra länder.

Under våren och sommaren 2010 fick dock Läkemedelsverket in rapporter om barn och unga som misstänktes ha fått narkolepsi i samband med vaccination med Pandemrix. Totalt känner vi i dag till över 200 fall där personer som var 19 år eller yngre vid vaccinationstillfället har anmält att de utvecklat narkolepsi. Detta är djupt tragiskt.

Narkolepsi är en kronisk, neurologisk sjukdom. Det främsta symtomet är dagsömnighet. Plötsliga attacker av muskelsvaghet, hallucinationer, en känsla av förlamning innan man somnar eller vaknar (sömnparalys), samt uppsplitt-

rad och dålig nattsömn är andra symtom som varierar i omfattning hos olika individer.

Läkemedelsverket har i två olika studier efter att vaccinationen var avslutad konstaterat att unga som vaccinerats med Pandemrix löper ökad risk att drabbas av narkolepsi i jämförelse med ovaccinerade. Finländska och irländska studier bekräftar och förstärker resultaten av de svenska studierna.

En stor majoritet av alla läkemedel som distribueras i Sverige är försäkrade via Läkemedelsförsäkringen. Försäkringen ger ekonomisk ersättning till personer som drabbas av skador till följd av läkemedelsanvändning. Pandemrix omfattas av Läkemedelsförsäkringen och en del av de barn och unga som insjuknat i narkolepsi har redan fått besked om att ersättning kommer att utgå.

Läkemedelsförsäkringens konstruktion innehåller dock vissa ekonomiska begränsningar. Bland de drabbade och deras familjer har det funnits en stor oro för att en del av dem ska bli utan ersättning eller få ett mycket litet belopp. En osäkerhetsfaktor som också funnits är i vilken grad de drabbade barnen och ungdomarna kommer att kunna arbeta i framtiden. Det är därför av stor betydelse att de berörda barnen och ungdomarna kan känna långsiktig trygghet när det gäller ersättningen.

Förhoppningen är att framtida forskning ska leda till att behandling kan utvecklas som kan ge lindring eller till och med botemedel. Därför har Vetenskapsrådet fått i uppdrag att kartlägga forskning med relevans för uppkomst och behandling av narkolepsi. Dessutom genomför Läkemedelsverket tillsammans med Karolinska institutet och Smittskyddsinstitutet forskningsprojekt som kommer att belysa viktiga frågeställningar om sjukdomen.

Sverige har även en pågående och nära dialog med Finland och Irland, som är i samma situation vad gäller barn och unga som drabbats av narkolepsi.

Narkolepsiföreningen Sverige har också vänt sig till regeringen för att få en statlig garanti om full ersättning till de barn och unga som drabbats av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix. Vi socialdemokrater anser att det är rimligt att staten tar ett ansvar för att säkerställa att barnen och ungdomarna får en likvärdig ersättning.

Socialdemokraterna har offentligt tillsammans med företrädare för regeringen gett ett tydligt besked om att de drabbade barnen och ungdomarna, samt deras familjer, inte ska behöva ägna framtiden åt segdragna rättsprocesser.

Statens åtagande måste i det här fallet stå fast över tid. Staten ska ta det yttersta ansvaret för att de barn och ungdomar som var 19 år eller yngre vid vaccinationstillfället och som drabbats av narkolepsi efter vaccineringen med Pandemrix, och som av Läkemedelsförsäkringen bedöms ha en läkemedelskada, ska få ersättning. Det gäller efter det att begränsningen i Läkemedelsförsäkringen av hur mycket ersättning som totalt kan utgå till samtliga drabbade eventuellt aktualiseras.

Fel! Okänt namn

7. Rett Center

Rett Center är ett nationellt svenskt center för Rett syndrom, en sällsynt men livslång och svår neurologisk störning som drabbar företrädesvis flickor i spädbarnsåldern. Centret samlar en flerprofessionell kompetens för att möta komplicerade, specifika flerhandikappbehov vid Rett syndrom. Centret fungerar som specialistklinik, forsknings- och utvecklingsenhet och kompetenscenter. Rett Center drivs av Jämtlands läns landsting som en fristående klinik för högspecialiserad vård med patienter från hela Sverige. Staten har sedan 2001 efter ett initiativ av socialminister Lars Engqvist engagerat sig i Rett Center. Under den förra socialdemokratiska regeringen när (S), (V) och (MP) samarbetade lyftes Rett Centers anslag in i statsbudgeten, vilket gjorde att verksamheten gavs en långsiktig planeringshorisont. När den nya borgerliga regeringen tillträdde hamnade anslaget i stället i en hantering via regleringsbrev, vilket gjorde att osäkerheten ökade och framförhållningen försvarades avsevärt. Nu ingår Rett Center tillsammans med andra verksamheter i den del som står till regeringens disposition för övriga bidrag för utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta gör att Rett Center inte långsiktigt kan känna att man kan ta ansvaret för att driva ett nationellt åtagande fullt ut så länge anslaget hanteras på detta sätt. Det är självklart att rätten till bästa vård ska gälla även för patienter med en sällsynt diagnos.

Av EU:s rådsrekommendation från 2009 om en satsning avseende sällsynta sjukdomar framgår att de rekommendationer som där ges stämmer mycket väl överens med Rett Centers verksamhet. Av socialutskottets betänkande 2011/12:SoU1 framgår att *"Rett Center, som är inriktat på patienter med Rett syndrom, är en viktig aktör. Rett Center har sedan 2001 fått ekonomiskt bidrag från staten. Bidraget har under de senaste åren uppgått till 7 miljoner kronor per år. Enligt uppgift till utskottet kommer bidraget att uppgå till 7 miljoner kronor även 2012. Bidraget ingår även i regeringens förslag till budgetram för 2013. Verksamhet och forskning på området måste långsiktigt säkras, enligt utskottets mening."*

Socialminister Göran Hägglund har i ett interpellationssvar 4 februari 2013 uttalat: "Rett Center har dock under ett antal år lämnats ett statligt bidrag för delfinansiering av verksamheten motsvarande 7 miljoner kronor årligen. Regeringen har beslutat att avsätta samma belopp 2013."

Vi anser att hanteringen från regeringens sida att bara ge besked ett år i taget omöjliggör en rimlig framförhållning. Verksamhetens långsiktiga existens behöver säkras, i avvaktan på en nationell och stabil lösning för sällsynta diagnoser. Staten har ett särskilt ansvar för Rett Center och bör lämna fleråriga besked om finansieringen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

8. Psykiatri

Att bli psykiskt sjuk eller drabbas av psykisk ohälsa påverkar inte bara en själv utan också familj och vänner. Att få en psykisk sjukdom eller att må psykiskt dåligt är så vanligt att vi alla känner någon som är eller har varit drabbad. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression. Allvarlig depression drabbar cirka 6 procent av befolkningen, ungefär 50 000 personer i Sverige har schizofreni och 2–3 procent lider av tvångssyndrom. Psykisk ohälsa är också ett växande problem bland många ungdomar, särskilt unga kvinnor. Ändå är det fortfarande en dold sjukdom, något man alltför sällan talar om.

Fördomarna i samhället minskar men är fortfarande stora. I en undersökning 2009 bland ett representativt urval av svenska folket uppgav en av fyra tillfrågade att de inte kunde tänka sig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom och att en av fem inte skulle bjuda in någon till sitt hem om man visste att personen har en psykisk sjukdom. Dessa attityder går dock oftast att påverka och i detta arbete har alla ett ansvar. Gradvis ökar öppenheten att tala om psykisk ohälsa och detta är en viktig förutsättning för att öka kunskaperna och minska fördomar. Den konstlade uppdelningen i vi och dem måste upphöra och ersättas av insikten att alla kan insjukna i psykisk sjukdom eller någon gång i livet drabbas av psykisk ohälsa.

Den psykiska ohälsan står för 40 procent av alla sjukskrivningar och merparten av de ökande sjuktalen. Den som drabbas av psykisk sjukdom löper en ökad risk att dö i förtid, att få sämre fysik, att få problem i relationer och att tappa fotfästet på arbetsmarknaden med ekonomisk utsatthet som följd. Det finns stora brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning. Detta är inget nytt problem. Vi står inför stora utmaningar för att systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med kroppslig vård och funktionsnedsättningar.

Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdets organisation och resursbehov. Utredningen presenterade sina förslag strax efter valet 2006. Den borgerliga regeringen väntade till budgeten 2009 med att anslå några pengar. När det väl anslogs pengar så var det tidsbegränsade mål och satsningar som inte kombinerades med en proposition som stakar ut psykiatrins utveckling på längre sikt. Den psykiatriska vårdens problem är omfattande och komplexa och kan inte lösas genom tidsbegränsade satsningar och mål.

Statskontoret har i en delrapport 2012 om statens psykiatrisatsning 2007–2011 beskrivit problemen med ständigt nya och många projekt på följande sätt:

”Flera projekt rapporterar om svårigheter att rekrytera deltagare på grund av konkurrens från andra projekt. Detta har skapat en projekträngsel, främst bland utbildningsprojekt som riktar sig till landstings- och kommunanställda. Bara inom kommun- och landstingsgemensamma kompetensprojektet fanns 97 olika utbildningsatsningar 2010. Det finns också fler projekt som

Fel! Okänt namn på

erbjuder samma typ av utbildning. Exempelvis har så kallad case manager-utbildning erbjudits via tre olika projekt. Försäkringskassan har haft svårt att få personal i kommuner och landsting att delta i deras utbildning eftersom de redan deltar i andra utbildningar som organiserats inom ramen för psykiatrisatsningen. Konkurrensen mellan olika projekt har tillsammans med brist på personal och ekonomiska resurser försvårat genomförandet av flera av insatserna.”

Socialstyrelsen har redovisat att kostnaderna för psykiatrin 2007–2011 halkat efter annan sjukvård, trots alla tidsbegränsade statliga projektpengar. Lösningen är inte mer pengar till projekt. Vi socialdemokrater anser att det behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatrins uppdrag och hur den ska utvecklas. Vi föreslår att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård av och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas.

Vår långsiktiga inriktning för psykiatrin innehåller bland annat följande delar: stärkt skolhälsovård, åtgärdsplan för barn och ungdomar i kris, stöd till hela familjen, bättre individuellt stöd för att delta i arbetslivet, individuell bedömning av ungdomar på ungdomshem, snabbare och enklare stöd till psykiskt sjuka, bättre tillvaratagande av brukarnas erfarenheter, översyn av antalet vårdplatser, fler sviktplatser, mer resurser till forskning och kompetensutveckling och fler jobb till personer med psykiska funktionshinder. Psykiatrin behöver långsiktighet och en fungerande grundstruktur, inte fler projekt.

Många unga uppger dålig psykosomatisk hälsa. Det betyder inte att de flesta unga mår dåligt. De allra flesta unga är trygga och känner tillförsikt. De lever med fungerande relationer och nätverk, trivs i skolan och inspireras av kompisar, kultur, idrott, musik eller något annat. Samtidigt måste vi vara medvetna om att uppväxtåren är en känslig tid då mycket kan hända. Kraven kan upplevas som hårda och svåra att leva upp till och uppväxtförhållandena kan variera starkt. De allra flesta klarar av sina problem med hjälp av den nära omgivningen. Andra behöver olika typer av stöd, vård eller andra insatser för att få hjälp med sina problem. Små problem kan ibland utvecklas till stora problem om inte rätt insatser görs tidigt. Det behövs ett brett utbud av stöd med en fungerande skolhälsovård, nationella hjälplinjen (telefon och webb), tillgång till ungdomsmottagningar med mera för att snabbt kunna fånga upp problem och ge de unga rätt stöd i tid.

När det gäller barn och ungdomar med psykiatriska problem så brukar de inte vara svåra att upptäcka. Det krävs tidiga insatser i skolan och skolhälsovården för att effektivt kunna stödja dessa barn. För att upprätthålla en jämn och hög kvalitet på skolhälsovården bör Socialstyrelsens riktlinjer följas i alla skolor. Genom tidiga insatser i skolan och skolhälsovården kan barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) ges möjlighet att koncentrera sig på barn med mer

Fel! Okänt namn på

omfattande behov. Vi föreslår att alla kommuner instiftar en åtgärdsplan för ungdomar som drabbas av psykiska problem. Ansvarsfördelningen ska vara tydlig så att det inte råder några oklarheter om till vem man ska vända sig och vem som ansvarar för vad. Om ett barn mår dåligt eller har stora problem ska man veta vem man ska ringa för att få snabb hjälp, en slags *Barnens Räddningstjänst*. Vi föreslår att det ska finnas samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (samverkan mellan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagning). Lösningarna kan anpassas efter lokala förhållanden och se olika ut i olika kommuner men det bör finnas dels en väg in i systemet och dels tydlighet rörande vad varje aktör i systemet ansvarar för och hur samverkan, samordning och uppföljning ska gå till.

Psykisk ohälsa påverkar hela familjen. Därför måste den samlade barn/ungdomshälsan ge förutsättningar för att kunna hjälpa hela familjen. Varje ung människa med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning måste också ha rätt till ett individuellt anpassat stöd för att kunna bli delaktig i arbetslivet – till exempel genom en handledare som ser till att de insatser som behövs i form av rehabilitering, utbildning, arbetsträning, behandling blir av och samordnas.

Under 1980- och 1990-talen förändrades psykiatrin i hela Norden. Tillvägagångssätten var olika men målet detsamma: att minska slutenvården och tvångsvården och decentralisera vården och omhändertagandet bort från de stora mentalsjukhusen till öppnare vårdformer där kommunerna och landstingen fick ett större ansvar. Detta har i grunden varit en positiv utveckling men kräver att alla led i vårdkedjan fungerar för att varje patient och brukare ska få rätt insatser i rätt tid.

Specialistpsykiatrins personal kommer aldrig att kunna hantera alla behov av psykiatriskt stöd som finns. Många som lider av psykisk ohälsa skulle kunna få hjälp om primärvården hade kompetens och resurser att behandla mindre svåra depressioner, ångestillstånd, ätstörningar och liknande. Vi vill systematiskt bygga upp kompetensen om psykisk ohälsa i primärvården. Den som själv är eller har varit sjuk och föremål för psykiatrisk vård har stor kunskap att bidra med för att utveckla vården. Brukar- och patientorganisationerna har en viktig roll i detta. Vi vill stärka deras roll i utvecklandet av vården. Vårdutbudet räcker idag inte till för de stora behoven. Sverige har minst antal vårdplatser inom psykiatrin i hela Norden. Det finns patienter som behöver slutenvård men som idag inte får det, eller skrivs ut för tidigt. Vi vill därför att antalet slutenvårdsplatser i ett längre perspektiv ses över och därtill vill vi uppmuntra en ny mellanform – så kallade ”sviktplatser” där man kan få hjälp och stöd under kortare perioder. I Norge och Danmark har man lyckats bra med att utveckla mellanvårdsformer och deras erfarenheter bör tas till vara i det svenska utvecklingsarbetet.

Den jämförelse som gjorts av psykiatrin i de nordiska länderna visar att systemet med kommunala boendestödjare och personliga ombud har fungerat väl. Det finns dock en brist på personliga ombud och det är angeläget att rekryteringen ökas och underlättas.

Fel! Okänt namn på

Kunskapen om psykisk ohälsa och vilka former av behandlingar som fungerar är eftersatt och det behövs en mångårig bred satsning på kompetensutveckling för den personal som jobbar med psykiskt sjuka och funktionshindrade.

Resultaten av den första samlade utvärderingen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser mot psykisk sjukdom som Socialstyrelsen presenterade i juni 2013 visar på en hel del brister. För oss innebär resultaten en bekräftelse på att det behövs ett nationellt initiativ. Socialstyrelsen bedömer utvecklingen som oroande. Alltför få personer erbjuds psykologisk behandling inom primärvården. Bara varannan vårdcentral uppger att de kan möta patienternas behov. Hälften av de svenska vårdcentralerna har mindre än en heltidstjänst för psykologisk behandling och det finns stora regionala skillnader i tillgången till kompetens. Var femte vårdcentral saknar möjlighet att erbjuda kognitiv beteendeterapi, KBT. Andelen har inte ökat mellan 2007 och 2012, trots att vården har fått medel från staten, exempelvis i form av rehabiliteringsgarantin, för att stödja utbildning i psykologisk behandling för hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för folksjukdomar för att stödja utvecklingen av en god vård av hög kvalitet i hela landet. Riktlinjerna baseras på forskning och bästa tillgängliga kunskap och innehåller rekommendationer där också hänsyn tas till behandlingarnas kostnadseffektivitet. Vår inställning är att riktlinjer ska följas. Utvärderingen visar dessvärre att riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom som kom 2009 ännu inte omsatts i någon högre utsträckning inom primärvården. Tre av tio vårdcentraler har infört rekommendationerna i lokala vårdprogram. Bara en av tio vårdcentraler uppger att de har lett till konkreta förändringar som resursförstärkningar för psykologisk behandling, utbildning i psykiatrisk diagnostik eller bedömning av självmordsnära personer. Resultaten ska ses mot bakgrund av att depression drabbar var tredje kvinna och var fjärde man vid någon tidpunkt i livet.

Det finns i Socialstyrelsens utvärdering tecken på att patienter skrivs ut för tidigt från den psykiatriska slutenvården eller att omhändertagandet i primärvården och kommunerna inte räcker till. Var tredje patient som vårdas för depression återkommer inom sex månader. Landsting och kommuner är sedan 2010 skyldiga enligt lag att ha överenskommelser om samarbete för att medicinska och sociala insatser ska kunna samordnas utifrån patientens behov. Drygt var fjärde kommun uppger att dessa överenskommelser saknas.

Med psykiatrireformen 1995 fick kommunerna ett stort ansvar för boende och aktiviteter för patienter med psykiatrisk sjukdom. Socialstyrelsens utvärdering visar dock att endast 13 procent av männen och 14 procent av kvinnorna med schizofreni får stöd i sitt hem enligt socialtjänstlagen och att detta inte svarar mot de behov som finns. Många landsting bör enligt Socialstyrelsen öka förskrivningen av stämningsstabiliserande läkemedel till personer med bipolär sjukdom för att förhindra återinsjuknande och självmord. Vid maniska perioder har behandling med litium hög prioritet i de nationella riktlinjerna, men färre än 20 procent av dessa patienter behandlas i enlighet med rekommendationerna.

Utvärderingen visar också att personer med psykisk sjukdom löper en avsevärt högre risk att dö i förtid i hjärt-kärlsjukdomar, stroke och diabetes. Primärvården har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling. Socialstyrelsens undersökning visar att sju av tio primärvårdschefer lägger ansvaret för den fysiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom på den specialiserade psykiatrin även när det gäller att förebygga diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Primärvården har en mycket ansträngd arbetssituation. Villkoren för dem som arbetar i primärvården måste förbättras om den första linjens psykiatri i primärvården ska kunna fungera som det är tänkt. Som framgår finns mycket att göra för att en utsatt grupp ska få det bättre. Psykisk ohälsa utgör en av de allra största utmaningarna för välfärden. Det är också den vanligaste orsaken till att människor i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden.

9. Tandvård

Tandhälsan spelar roll för hela kroppens välmående. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten avsevärt och kan leda till följsjukdomar. Tack vare tidigare gjorda investeringar och den fria barn- och ungdomstandvården har de flesta en mycket god tandhälsa jämfört med tidigare generationer. Situationen kan dock variera avsevärt mellan olika individer och det finns grupper som avstår från tandvård av ekonomiska skäl. För att säkra en god tandhälsa i befolkningen och förhindra nya klasskillnader i tandhälsa är det nödvändigt att tandvårdsförsäkringen har starkt fokus på regelbunden och förebyggande tandvård samtidigt som det måste finnas ett bra skydd mot riktigt höga kostnader. Alla ska regelbundet kunna gå till tandläkaren och ingen ska behöva avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Målsättningen på sikt bör vara att patientkostnaderna i tandvården omfattas av ett högkostnadsskydd av samma modell som gäller inom hälso- och sjukvården. Det är en modell som gör det möjligt att börja bygga en tandvårdsförsäkring där man successivt kan genomföra förbättringar för att nå målet.

Tandvårdsförsäkringen förändrades 1 juli 2008 då bland annat skyddet mot höga kostnader förstärktes jämfört med tidigare. Tandvårdsstödet för vuxna består sedan dess av ett högkostnadsskydd och ett litet tandvårdsbidrag. Högkostnadsskyddet innebär i korthet att du som patient betalar alla kostnader själv upp till 3 000 kr. Därefter betalar du 50 procent av kostnaderna mellan 3 000 kr och 15 000 kr. Därefter betalar du 15 procent på kostnader över 15 000 kr. Tandvårdsbidraget som ska uppmuntra till besök hos tandläkaren är 150 kr per år för personer i åldern 30–74 år. Är du under 30 år eller över 75 år är bidraget 300 kr per år.

Den tandvårdsreform som infördes har visat sig otillräcklig och felaktigt utformad. Det förbättrade skyddet mot höga kostnader är viktigt och riktigt, men det räcker inte för att åstadkomma en god tandhälsa i befolkningen. Reformen saknar i stort sett satsningar på den grundläggande och förebyggande tandvård som omfattar alla eftersom inga subventioner (förutom det lilla tandvårdsbidraget) finns för tandvårdskostnader under 3 000 kronor. Det

Fel! Okänt namn på

medför att såväl patienternas som samhällets kostnader för tandvård riskerar att öka ytterligare i framtiden. De flesta patienter har inte fått billigare tandvård efter tandvårdsreformen. Riksrevisionens utvärdering av reformen 2012 visar att personer med låga inkomster och dålig tandhälsa inte i någon större utsträckning tar del av högkostnadsskyddet. Det är till och med fler personer med tandvårdsbehov som inte besöker tandläkaren nu än före reformen. Drygt sju procent uppger att de trots dålig tandhälsa ändå inte besöker tandvården regelbundet. I nästan tre av fyra fall beror det på att de inte har råd att gå oftare. Var femte vuxen svensk har inte varit hos tandläkaren någon gång de senaste tre åren. Detta nedslående resultat måste regeringen ta på allvar. Riksrevisionen föreslår att regeringen ska följa upp om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är rätt utformade och träffar rätt målgrupper. Vi delar Riksrevisionens bedömning av tandvårdsreformen. Det är av yttersta vikt att tandvårdsförsäkringen utformas så att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården och åtgärda tandvårdsproblem i tid.

Den borgerliga regeringen försökte förklara bort Riksrevisionens granskning med att det var för tidigt att utvärdera. I verkligheten var det naturligtvis Riksrevisionens slutsats att tandvårdsreformen inte haft någon större effekt som irriterade regeringen. Nu kunde man ju inte längre skylla på övergångseffekter mellan två olika system. Omfattningen av tandvårdsreformen som började gälla 1 juli 2008 överdrivs konsekvent och kraftigt av regeringen. Varje år anslår regeringen ett belopp till tandvårdsförsäkringen som är alldeles för stort. Sedan berömmar man sig över den stora reform som gjorts. Att det blir stora belopp över för staten varje år eftersom folk inte har råd att efterfråga tandvård på grund av försäkringens utformning vill man inte erkänna.

Första året som det nya tandvårdssystemet fungerade fullt ut var 2009.

Utvecklingen är tydlig:

2009	Anslaget belopp: 7,3 miljarder	Utfall: 5,5 miljarder	Skillnad 1,8
2010	Anslaget belopp: 6,6 miljarder	Utfall: 4,9 miljarder	Skillnad 1,7
2011	Anslaget belopp: 6,7 miljarder	Utfall: 5,0 miljarder	Skillnad 1,7
2012	Anslaget belopp: 5,4 miljarder	Utfall: 5,0 miljarder	Skillnad 0,4
2013	Anslaget belopp: 6,2 miljarder	Utfall: 5,4 miljarder	Skillnad 0,8

För 2013 har regeringen har alltså avsatts 6,2 miljarder (vilket också ska bekosta det tredje steget i tandvårdsreformen som dock i sig bara kostar ca 200 miljoner). Vi har inget facit för 2013 men i regeringens budgetproposition för 2014 anges 5,4 miljarder i förväntat utfall.

Regeringen gör alltså konsekvent budgetar som överdriver tandvårdsreformen. Påhittigheten för att dölja ett misslyckande är stor från regeringens sida. Det måste bli ett slut på den leken nu. Vi föreslår att tandvårdsstödet utformning ses över. Steg behöver tas för mer jämlik tandhälsa och ändamålsenlig användning av anslagna medel.

En viktig insats för att säkra framtida tandhälsa och förebygga framtida kostnader är förutom förändringar i tandvårdsförsäkringens utformning även initiativ för att få fler att regelbundet besöka tandvården och på så sätt för-

hindra och förebygga framtida tandvårdsproblem. Abonnemangstandvård/frisk tandvård (som till exempel Folktandvården erbjuder på flera ställen) är ett exempel på hur man kan hitta nya sätt att möta vissa patienters behov. Det bör prövas om frisk tandvård kan ingå i systemet för högkostnadsskydd. Ett annat exempel på förebyggande arbete är förlängning av den fria barn- och ungdomstandvården. Socialdemokratiskt ledda Västra Götalandsregionen har här gått före och successivt höjt från lagstadgade 19 år till dagens 23 år. Det finns intentioner att gå vidare till 25 år.

Vi har lagt förslag i riksdagen om att förlänga tandhygienistutbildningen från två till tre år. Regeringen har valt att inte föreslå någon förändring. Tandhygienistyrket är det enda av 21 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården som har en tvåårig utbildning. Att utbildningstiden är otillräcklig råder det stor enighet om. Det tredje året behövs och det är inte rimligt att det ska vara en frivillig påbyggnad. Högskoleverket har under lång tid påpekat att det behövs en förlängning. Samtliga remissinstanser stödde utredningens förslag om förlängning.

10. Folkhälsa

I en internationell jämförelse är hälsosituationen totalt sett i Sverige mycket god. Medellivslängden fortsätter att öka och var 2012 83,5 år för kvinnor och 79,9 år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökat är att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat kraftigt. Dödligheten i cancer, trafikolyckor och självmord har minskat under de senaste 20 åren. Generellt har de äldre i befolkningen haft den bästa hälsoutvecklingen.

Hälsosituationen för barn i Sverige är i flera avseenden bland de bästa i världen. Det gäller till exempel den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andel som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen.

Det finns dock inom befolkningen stora tydliga socioekonomiskt relaterade skillnader när det gäller hälsoutvecklingen. Regeringen borde mot denna bakgrund ta ett nationellt initiativ om jämlik hälsa. Personer med kort utbildning har i de flesta avseenden sämst hälsa. Risken för förtida död, före 65 års ålder, är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning för både kvinnor och män. Det är stora skillnader i förtida död för samtliga stora dödsorsaker: hjärt-kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen. Trots att insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke totalt sett har minskat sedan 1990 ses till exempel ingen minskning alls för kvinnor i förvärsarbetande ålder, och bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar insjuknandet i dessa diagnoser. Den förda politiken behöver analyseras utifrån med utgångspunkt från dessa fakta.

Skillnaderna i såväl dödlighet som självskattad hälsa har ökat mellan olika socioekonomiska grupper. Under de senaste 20 åren har exempelvis medellivslängden inte alls ökat bland kvinnor med endast grundskoleutbildning,

Fel! Okänt namn på

samtidigt som den ökat bland kvinnor med längre utbildning och bland män med såväl kort som längre utbildning.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan individen och samhället. Individens möjligheter att göra hälsofrämjande val ska aktivt stödjas av samhället. Men vi socialdemokrater anser samtidigt att folkhälsoarbetet och kopplingen till att minska klyftorna i samhället måste tydliggöras. De stora hälsoskillnaderna i Sverige är djupt orättvisa och extremt kostsamma för samhället. Människors hälsotillstånd påverkas inte bara av individuella levnadsvanor utan också av samhällseliga faktorer. Det finns stora hälsoskillnader mellan individer och mellan olika delar av landet. Mäns och kvinnors hälsotillstånd och livschanser har ett tydligt socioekonomiskt mönster där rika, välutbildade människor och yrken med hög status har ett markant försprång. Ohälsa är skevt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper på så sätt att grupper med lägre utbildning, lägre inkomster, icke facklärd och facklärd arbetare som grupper har ett sämre hälsotillstånd än andra (Socialstyrelsen 2009). Eftersom den ojämna fördelningen av hälsa i princip kan påverkas genom politiska beslut är ojämlikhet i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper en av de största utmaningarna på hälsoområdet (Statens folkhälsoinstitut 2010). Minskade sociala och ekonomiska klyftor är det mest verkningsfulla medlet för en bättre folkhälsa. Det betyder att den ekonomiska politiken ska verka utjämnande samtidigt som det görs satsningar på arbete, bra utbildning för alla, integration och värnandet av den generella välfärden.

Regeringen väljer tyvärr att blunda för de strukturella hälsoskillnader som finns. Regeringens skrivelse från 2012 *En folkhälsopolitik med människan i centrum* tar upp folkhälsopolitiken mest ur ett individualistiskt perspektiv. De tycks på allvar tro att skillnader i folkhälsa kan lösas genom att människor i grupper med sämre hälsa får livsstilsråd. Genom att inte vilja se hur sociala klyftor, utbildningspolitik och ekonomisk politik påverkar hälsosituationen försöker regeringen reducera folkhälsopolitiken till ett rent individperspektiv. Detta är genant då vi i Sverige har en grundlagd erfarenhet av att med hjälp av politisk styrning utveckla samhället så att bästa möjliga hälsa ges till alla.

Historiskt står folkhälsoförbättringar för 30–40 procent av BNP-tillväxten. Folkhälsofrämjande åtgärder är därmed en investering för Sverige. På uppdrag av WHO presenterade Marmotkommissionen år 2008 en rapport, kallad "Closing the gap", som studerat fördelningen av den globala hälsan i världen. Uppmaningen till världens länder var att genast påbörja ett omställningsarbete för att minska sociala orättvisor och öka befolkningens hälsa. Den svenska regeringen gav endast Statens folkhälsoinstitut ett allmänt uppdrag att ta lärdom och intryck av kommissionens arbete. Ur ett nordiskt perspektiv så har vi i Sverige knappt ens påbörjat vår resa i att analysera vilka grupper som har störst ohälsa och vad som skall göras för dem i syfte att förbättra folkhälsan. Andra länder och städer har dock visat sig vara betydligt mer offensiva i frågan. I England tillsattes en kommission motsvarande WHO:s Marmotkommission, kallad Fair Society Health Lives. I Malmö Stad har den socialdemokratiskt ledda majoriteten tillsatt en kommission med forskare, politiker och andra experter för att identifiera skillnader i hälsa mellan olika stadsdelar

samt presentera lösningar på hur hälsoklyftorna kan minska. Göteborg har genomfört ett liknande arbete. Nu borde det vara dags för Sverige som nation att göra detsamma. Vi föreslår att regeringen tillsätter en kommission för jämlik hälsa. Uppdraget ska vara att identifiera oacceptabla förhållanden som leder fram till skillnader i befolkningens hälsa samt ta fram förslag på hur vi kan minska hälsoklyftorna. Uppdragets omfattning ska vara brett. Det ska handla om att studera ojämlika förhållanden i vården som leder till kortare livslängd beroende på var i landet man bor. Men det ska också handla om att granska den ekonomiska politiken och hur den påverkar människors livschanser och möjligheten till en bättre hälsa. Kommissionen bör ha en bred sammansättning och bestå av exempelvis förtroendevalda, forskare, representanter från vården, näringslivet och regionerna/landstingen.

Information till medborgarna av allmän karaktär har sin plats i folkhälsoarbetet, men samhället måste ta ett större och mer konkret ansvar för folkhälsan. En effektiv folkhälspolitik måste direkt och konkret rikta sig till de grupper som har de svåraste folkhälsoproblemen och kombineras med en politik för utjämning av ekonomiska och sociala klyftor i samhället. En effektiv folkhälspolitik måste också omfatta alla samhällets delar och involvera såväl staten, landstingen/regionerna, kommunerna, företagen, intresse- och branschorganisationer som de stora folkrörelserna och föreningslivet.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller individuellt förebyggande och hälsofrämjande arbete och i förlängningen förbättrad folkhälsa. För att arbetet i större utsträckning ska utgå från befintlig kunskap och evidens på området bör nationella riktlinjer användas i vården. Redan idag förekommer en hel del rådgivning men det varierar stort mellan olika landsting/regioner. Patientenkäter har visat att bara 30 procent säger sig ha fått frågor om livsstil när de varit i kontakt med sjukvården. Givetvis kan inte detta standardiseras utan måste situationsanpassas men potentialen att öka rådgivningen är mycket stor. För att detta ska bli verkningsfullt måste vårdpersonalen ha tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an livsstilsproblem så som övervikt, rökning, missbruk eller brist på motion. Hälso- och sjukvårdens olika ersättningsystem (till exempel för primärvården) bör premiera framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Varje vardagskontakt mellan vårdgivare och medborgare är en möjlighet till mobilisering av individens egen kraft i behandlingsarbetet eller ett tillfälle att stödja och stärka en individ i förebyggande livsstilsförändring. Studier visar också att vårdpersonalens engagemang och påverkan ger effekt. Dessa möten ger möjlighet till främjande och förebyggande insatser på individuell nivå men ger också en samlad kunskap om befolkningens hälsa. Fysisk aktivitet på recept har med framgång införts i primärvården. Det innebär att patienten istället för läkemedel ordinerar fysisk aktivitet och exempelvis får kostnader för motion subventionerad. Intresset för att använda fysisk aktivitet på recept växer. Vi vill att fysisk aktivitet på recept ska vara ett naturligt inslag i hälso- och sjukvården liksom rådgivning om matvanor. Flera landsting/regioner (till exempel projektet Friskare Liv i Blekinge) har också arbetat aktivt med självhjälpgrupper och

Fel! Okänt namn på

andra insatser för att stärka individens möjligheter att rehabiliteras eller att lära sig att leva med sin sjukdom.

Regeringen aviserar i sin folkhälsoskrivelse att man avser skapa ett forum där bland andra näringslivet och civilsamhället ska ingå. I skrivelsen anges att forumet ska samverka med ANDT-rådet, bidra med underlag till utvecklandet av insatser och strategier, utforma och sprida information till skolor, hälsovården och arbetslivet och ta fram en överenskommelse mellan staten, kommuner, näringsliv och civilsamhället om gemensamma åtaganden. Modellen kommer från Storbritannien där alkoholindustrin ingår i liknande forum och där regeringen arbetar med överenskommelser där alkoholindustrin och civilsamhället är tänkta att delta. Flera hälsoorganisationer har valt att avstå från att delta i ett sådant arbete på grund av att åtgärderna visat sig verkningslösa och att alkoholintressen har för stort inflytande. Självklart ska det i Sverige ske ett samråd med alla aktörer men regeringen måste noga överväga formerna för detta arbete så man inte hamnar i samma situation som Storbritannien. Vi avser att noga följa det fortsatta arbetet med denna fråga och förbehåller oss rätten att återkomma i ärendet.

Idrotten bidrar till folkhälsa, demokrati och integration för människor i alla åldrar i hela Sverige. När vi säger idrott för alla, på lika villkor menar vi givetvis även barn och ungdomar med särskilda behov och oberoende av kön, bakgrund och etnicitet. Det är viktigt att det utvecklas större utbud av idrotts- och motionsaktiviteter som vänder sig till de grupper som i liten utsträckning deltar i det utbud som finns idag. Det är inte minst en folkhälsofråga och ett centralt perspektiv i varje diskussion om idrott. Forskare vid Sahlgrenska akademien har visat att träning hos yngre individer kan kopplas till minskad risk för svår depression senare i livet. Studien omfattar alla svenska män födda mellan 1950 och 1987 som mänstrat. Forskarnas slutsats är att skolan bör ge större utrymme för aktiv idrottsutövning och stimulera till vanor som bygger upp och underhåller den fysiska konditionen.

Folkhälsoarbete riktat mot äldre bör vara en prioriterad fråga. Förebyggande arbete främjar folkhälsan och livskvaliteten och kan skjuta upp vård- och omsorgsbehov – vilket är viktigt både ur ett mänskligt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Äldre ska ha förutsättningar att leva ett aktivt liv tillsammans med andra. De ska också ha tillgång till den kunskap som krävs för att leva ett hälsosamt liv. Att främja fysisk aktivitet och goda matvanor gäller inte bara unga människor eller medelålders. Effekten av hälsosam kost och motion är stor även bland äldre och kan motverka depressioner och förebygga fallolyckor och frakturer.

11. Tobak

Andelen rökare i samhället minskar men fortfarande är problemet mycket stort och cirka 6 400 personer dör varje år av rökning. Det är fler liv än trafikolyckor, hiv/aids, narkotika och självmord skördar tillsammans. Det är aldrig för sent att sluta röka. Cancerrisken minskar allteftersom tiden går efter rökstoppet. 10–15 år efter man slutat har man samma cancerrisk som den som

Fel! Okänt namn på

aldrig rökt. Passiv rökning under en längre period innebär samma hälsorisker som för rökaren. Nästan lika många personer i Sverige dör av passiv rökning som av trafikolyckor. Cirka 200 dödsfall per år beror på passiv rökning.

Trots att rökningens risker är väl kända röker cirka 11 procent av männen och 13 procent av kvinnorna i Sverige. Rökningen har minskat under de senaste decennierna, särskilt bland män. För 50 år sedan rökte hälften av alla män och var tionde kvinna. Den stora ökningen bland kvinnorna kom på 1960- och 1970-talen. Under 1980-talet minskade tobaksbruket även bland kvinnor. Sverige är ändå ett av de få länder i världen där kvinnor röker lika mycket som män.

Hälften av alla rökare beräknas dö till följd av sin rökning. De förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Varje år orsakar rökning cirka 10 000 cancerfall i Sverige, vilket är ungefär 25 procent av alla cancerfall. Att inte röka är därför det bästa sättet att förebygga cancer.

Andelen rökare är ojämnt fördelad i befolkningen. Att få människor att avstå från tobak är en stor hälsovinst både för individen och för samhället. En stor hälsorisk med rökning är risken att utveckla KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL är en snabbt ökande sjukdom i vårt land och en av de vanligaste dödsorsakerna. KOL orsakas av tobaksrökning och leder till andningssvårigheter och problem att klara det dagliga livet. Eftersom lungornas kapacitet försämras kraftigt klarar sig många inte utan syrgas.

Att dagens rökare får hjälp att sluta är viktigt men det handlar också om att få människor att inte börja röka överhuvudtaget. Nyrekryteringen av rökare är fortfarande stor. Varje år börjar cirka 16 000 ungdomar i Sverige att röka och fortfarande är rökare överrepresenterade i befolkningsgrupper med låg utbildning och låga inkomster.

Arbetet med att begränsa tobaksbruket måste ske genom både information och lagstiftning för att bli effektivt. De mer omfattande restriktioner som har riktats direkt mot rökarna, senast förbudet mot rökning i serveringsmiljöer 2005, har satt en ny norm för var man röker och hindrat rökare att utsätta andra för sin rök: på jobbet, i offentliga lokaler eller i serveringsmiljöer. Det bör utredas om det är möjligt att införa ett mer allmänt förbud mot rökning i offentliga miljöer.

Arbetet med att minska rökningen i Sverige har pågått under lång tid och vid en internationell jämförelse varit mycket framgångsrikt. Lagstiftning och information har tillsammans lett till ändrade värderingar i samhället, där den rökfria miljön blivit en självklar norm i allt fler sammanhang och ses som ett naturligt hänsynstagande till andra. Arbetet med att minska rökningen måste fortsätta. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i detta arbete. Samtliga primärvårdsenheter i sjukvården behöver kunna erbjuda lättillgänglig och effektiv rökavvänjning. Vi anser också att det är mycket viktigt med förebyggande arbete för att bekämpa tobaksbruket i Sverige. Det handlar bland annat om informationssatsningar och annat tobakspreventivt arbete. Samhällets engagemang och insatser på tobaksområdet får inte mattas av och nedprioriteras. Engagemanget och aktiviteterna för en rökfri miljö behöver öka på lokal, regional och central nivå. Den borgerliga regeringen organiserade under förra mandatperioden om det centrala arbetet med drogfrågor, de specialorganisat-

Fel! Okänt namn på

ioner som fanns för arbetet försvann och ovanför den vanliga myndighetsstrukturen bildades en samordningsfunktion som består av två sekretariat inom regeringskansliet (ANT-sekretariatet och SAMANT). Den nya organisationen skulle enligt regeringen ge förutsättningar för ett arbete med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågorna i en permanent och hållbar struktur. Vi anser inte att det kunnat visas att det nya sättet att organisera arbetet ger tillräcklig kraft. Tobaksfrågan riskerar att komma till korta i den nya organisationen där andra frågor dominerar.

Arbetet mot tobak behöver intensifieras. Det innebär bl.a. att nya steg behöver tas för att få fler miljöer och sammanhang där man inte röker. Ett viktigt arbete och område gäller ”rökfri arbetstid” där utvecklingen gått snabbt de senaste åren. Allt fler kommuner har bestämt att arbetstiden ska vara helt rökfri. Grundregeln för rökfri eller tobaksfri arbetstid är att alla medarbetare omfattas och att rökning/snusning inte får ske på betald arbetstid. Det tillåts endast på den obetalda lunchrasten. En stor majoritet av de anställda tycker det är bra, andra känner sig förföljda och ser sin integritet kränkt. Få inser den fulla potentialen av införandet av en rökfri arbetstid. Rökningens kostnader är stora för individ och samhälle. Sjukskrivning i rökrelaterad sjukdom kostar årligen i storleksordningen 18 miljarder kronor. Tre av fyra rökare vill sluta röka. De tre har stor nytta av en stödjande arbetsmiljö med en rökfri policy och avvänjningsstöd. Arbetsgivaren har här sin allra största möjlighet att främja de anställdas hälsa. Men det kräver att arbetsgivaren inte bara fattar ett policybeslut utan också tänker på vilka åtgärder som behövs för att hjälpa människor att sluta röka.

En annan åtgärd som varit framgångsrik internationellt är information i bildform på cigarettpaketet som varnar för tobaksrökningens hälsokonsekvenser. Kanada var först i världen år 2001. Sedan kom Brasilien, Singapore, Thailand, Venezuela och Australien. Inom EU har en rad länder beslutat införa bildvarningar. Belgien var först i november 2006. Därefter följde Rumänien, Storbritannien, Lettland, Frankrike, Malta, Spanien och Ungern. Irland införde varningsbilder under 2013. Noggranna utvärderingar och forskningsprojekt visar att varningsbilder är effektiva. Ett exempel är en studie som omfattade USA, Kanada, Australien och Storbritannien. Den jämförde bl a hur varningarna på cigarettpaketet uppfattades av rökarna. I Kanada ansåg 84 procent av de tillfrågade att bilderna ger värdefull information om tobakens hälsorisker. I USA, som hittills endast haft ganska små textvarningar, var andelen som tyckte att varningarna hade någon betydelse endast 47 procent. Samma studie visade också att kunskaperna om hälsoriskerna är bäst där man med varningsbilder specificerar enskilda sjukdomar som har samband med rökning. Motivationen att sluta förstärks och återfall förhindras. Sverige bör agera mer offensivt i denna fråga. Vi föreslår att riksdagen ger regeringen i uppdrag att återkomma med ett förslag om obligatoriska bildvarningar.

En åtgärd som kan minska tobaksrökningen är införande av dold försäljning. I flera länder har man infört dold försäljning av tobaksvaror och fler länder har beslutat införa denna skyddsåtgärd för att minska rökningen. I Ramkonventionen om tobakskontroll artikel 13 finns klara riktlinjer som bland annat innebär just att tobaksprodukter ska förvaras ej synliga för kun-

den, en insats som har störst påverkan på barn och ungdomar. Uppföljningar efter införandet av dold försäljning på Island och i Kanada har visat att rökningen minskar. Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att återkomma till riksdagen med ett förslag om dold försäljning av tobak.

För att minska tobaksbruket bland ungdomar anser vi att det är viktigt att minska tillgängligheten till tobak. Åldersgränsen för köp av tobak är i dag 18 år, men denna gräns upprätthålls inte alltid av tobaksförsäljarna. Om en person säljer tobak till en minderårig kan personen dömas till olaglig cigarettförsäljning. Men bara enstaka fall av försäljning till minderåriga har lett till åtal. För några år sedan infördes skärpta sanktioner och anmälningsplikt för cigarettförsäljning. Vi anser dock att det behövs ytterligare skärpningar för att incitamenten att sälja till minderåriga ska minimeras. Vi föreslår därför att det görs en översyn av tobakslagen för att möjliggöra tillståndsplikt för försäljning av tobak. Det innebär att en handlare som säljer tobak till en minderårig skulle kunna få sitt tillstånd indraget. En licensiering skulle kunna öka efterlevnaden av åldersgränsen.

En licensiering skulle även kunna minska den illegala importen och distributionen av tobak. Var sjunde cigarett som röks av svenska konsumenter är olaglig. Det betyder att den olagliga tobakshandeln fortsätter att öka och att smuggelcigaretter och obeskattade cigaretter blir ännu vanligare i Sverige. För varje paket smuggelcigaretter som säljs förlorar seriösa handlare intäkter. Det är ingen hemlighet att det ofta är organiserad brottslighet som ligger bakom cigarettsmugglingen, det intygar både tullen och polisen. En licensiering skulle tillsammans med insatser från tull och polis kunna minska det illegala inflödet av tobak.

I regeringens nationella strategi för alkohol, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken som antogs av riksdagen våren 2011 saknas effektiva förslag med förutsättning att kunna ha betydande inverkan på tobaksbruket hos barn, ungdomar och vuxna. WHO:s tobakskonvention kan tjäna som utgångspunkt för en genomgång av ytterligare insatser. Ju flera av dessa faktorer som verkar i hälsofrämjande riktning, desto större är chansen till en tobaksfri uppväxt och ett tobaksfritt liv. Det är svårt att få den borgerliga regeringen att agera offensivt i tobaksfrågor. Folkhälsoinstitutet har fått ett uppdrag att titta på möjliga åtgärder men vad det blir för resultat av detta uppdrag är oklart. När det gäller rökfria miljöer kan det erinras om att Moderaterna (och en del andra enskilda borgerliga politiker) motsatte sig lagstiftningen om rökfria serveringsmiljöer som riksdagen fattade beslut om 2004.

Det tobakspreventiva arbetet bland barn och unga bör inte isoleras från annat samhällsarbete mot tobak. Barn, tonåringar och vuxna lever tillsammans och påverkar varandra i vardagen. Insatser riktade till unga gör mindre nytta om man inte samtidigt arbetar med vuxnas attityder och normer. Det bör prövas om det är möjligt att sätta ett nationellt mål om ett tobaksfritt Sverige 2030. Med en helhetssyn ökar möjligheterna att minska tobaksanvändningen i alla åldersgrupper och därmed skadeverkningarna i form av sjukdom och för tidig död. För att nå resultat krävs en översyn och framtagande av förslag som kan prövas på områdena informationsinsatser, utbildning, avvänjningshjälp, aktiv prispolitik, neutrala tobaksförpackningar eller varningsbilder på tobaks-

Fel! Okänt namn på

förpackningarna, dold försäljning i handeln och fler rökfria miljöer. Det behövs ett sammanhållet grepp i tobaksfrågan och vi föreslår att regeringen återkommer till riksdagen med ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12. Alkohol och narkotika

Det behövs ett effektivt och långsiktigt samhälleligt arbete mot droger. Sättet att organisera arbetet och kraften i det utåtriktade arbetet är avgörande faktorer för framgång. Den nationella strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) som antogs av riksdagen våren 2011 bör ses mot bakgrund av händelseutvecklingen under den senaste tioårsperioden. Alkoholkonsumtionen och narkotikamissbruket ökade under 1990-talet, inte minst bland ungdomar. För att vända utvecklingen antogs på den socialdemokratiska regeringens förslag en alkoholhandlingsplan 2001 och en narkotikahandlingsplan 2002. Det förebyggande arbetet förstärktes, såväl lokalt som centralt. Informationskampanjer drogs i gång, kommuner och landsting tog fram egna handlingsplaner och ett stort antal lokala drogförebyggare anställdes för att samordna det förebyggande arbetet. Det centrala arbetet kom att ledas av Alkoholkommittén respektive Mobilisering mot narkotika (som leddes av en särskild narkotikasamordnare). Utgångspunkten var att det behövdes en stark nationell resurs för att driva det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet i en tid av ökad tillgänglighet för ungdomar av både alkohol och narkotika och ökad total konsumtion av alkohol i befolkningen. Det förstärkta förebyggande arbetet gav resultat. Under 2000-talet avstannade ökningen av alkoholkonsumtionen bland ungdomar, och vi kunde till och med se en minskning i konsumtionen. Andelen ungdomar som uppger att de provat narkotika sjönk också.

Den borgerliga regeringen som tillträdde 2006 lade ner Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika. Vi tycker att det var ett felaktigt vägval. Den tidigare specialiseringen ledde till ökad kraft i det förebyggande arbetet. Uppgifterna överfördes istället till flera olika myndigheter, ett särskilt sekretariat bildades i Regeringskansliet och olika departementsarbetsgrupper inrättades där Socialdepartementet samordnar arbetet. Vi anser att den arbetsmodellen, som befästes i den nationella strategin för ANDT, har lett till att arbetet blivit otydligare och tappat i fokus, tempo och kraft. Det saknas nationella initiativ och ett kraftfullt utåtriktat perspektiv i arbetet. Ett utåtriktat arbete, som Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika bedrev, är viktigt för att få förankring och förståelse för alkoholens konsekvenser och stöd för en restriktiv alkoholpolitik. För att genomföra politiska åtgärder eller prioriteringar av resurser, exempelvis i polisens eller tillsynsmyndigheters arbete, som leder till minskad konsumtion och skador behövs en ökad samordning mellan olika politikområden eftersom många delar av den verksamma politiken ligger utanför Socialdepartementets område. Regeringens ANDT-råd omfattar bland annat inte handelsområdet och behöver större tyngd i regeringens departementssamordning för att kunna spela en pådrivande roll.

Trots att dödligheten minskar generellt fortsätter de alkoholrelaterade skadorna att öka, särskilt bland kvinnor och i vissa grupper. Bland de unga har sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser blivit vanligare sedan början av 1990-talet, och dödligheten bland personer med dessa diagnoser har ökat, främst bland unga kvinnor. Användningen av narkotika, framför allt cannabis, har ökat något bland skolungdomar under senare år. Samtidigt ökar vård för narkotikarelaterade diagnoser i flera åldersgrupper, men mest bland de unga.

När det gäller inriktningen på arbetet mot droger bör de förebyggande insatserna stödjas av en restriktiv alkoholpolitik och en tydlig narkotikalagstiftning. För att en restriktiv alkoholpolitik ska bli effektiv är det viktigt att detaljhandelsmonopolet försvaras, att marknadsföring av alkohol begränsas, att en effektiv ålderskontroll sker vid försäljning och servering av alkohol, att alkohollangning och alkoholsmuggling beivras, att svensk alkoholskatt betalas vid import av alkoholdrycker för privat bruk, att alkoholnätthandlars aktiviteter i Sverige begränsas, att alkoholskatterna höjs och att Sverige fortsätter arbeta för höjda minimiskatter på alkohol inom EU samt minskade införselkvoter på alkohol. Vidare bör möjligheterna att införa varningstexter på alkoholförpackningar prövas. Varningstexter har fler fördelar än en eventuell information till den presumptive konsumenten. De gör det svårare att smuggla och sälja vidare förpackningar som saknar märkning. Den nationella skattemärkning som EG-rätten tillåter är en åtgärd med liknande effekt. Båda skulle kunna användas. Vi föreslår också att regeringen prövar nya vägar, exempelvis de nya folkhälsoartiklarna i Lissabonfördraget, för att se över möjligheterna till begränsningar av alkoholreklamen. Sverige kan redan idag införa hårdare reklamregler utan att det strider mot EU-rätten. Den franska *Loi Evin* visar att EU-rätten tillåter långtgående reklamregränsningar.

Det är också viktigt att prövning av serveringstillstånd ses som en social fråga i kommunerna och inte bara ses som en näringslivsfråga. En annan fråga som måste lösas är folkölsförsäljningen, där vi föreslår licensplikt för att komma åt den bristande ålderskontrollen.

Den borgerliga regeringen drev under våren 2008 igenom att privatpersoner ska kunna föra in alkoholdrycker i Sverige också för andra personers räkning. Vi anser att beslutet var felaktigt och utvecklingen har visat att beslutet inte fungerar som det var tänkt. Det pågår en successiv utveckling mot ökad tillgänglighet. Det finns en rad privata företag som via bland annat hemsidor tar emot beställningar och kör hem alkohol till privatpersoner. Dessa företag är i praktiken inte bara transportörer (som det var tänkt i lagen) utan bedriver en förtäckt detaljhandel som undergräver detaljhandelsmonopolet. Finland och Norge har förtydligat sin lagstiftning för att skydda sina detaljhandelsmonopol. Sverige bör på samma sätt som våra nordiska grannar förtydliga lagstiftningen. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om detta. Flera av de nätaktörer som erbjuder svenskar att köpa alkohol är inte ”bara transportörer” utan sysslar med alkoholförsäljning. De är ofta profilerade lågprisaktörer som lockar kunder genom att inte betala skatt och felaktigt påstå att kunderna inte heller behöver göra det. Vi har också sett exempel på rena samarbeten mellan dessa aktörer och vanliga livsmedelskedjor. Denna utveckling och uppluckring av detaljhandelsmonopolet måste

Fel! Okänt namn på

stoppas. Enligt en undersökning för något år sedan visste sex av tio svenskar inte vem som ska betala skatt, eller tror att det är säljarens ansvar. Enligt samma undersökning har nästan hälften av dem som handlat öl, vin eller sprit på nätet fått erbjudanden om olika typer av lockpriser och rabatter, något som inte är förenligt med den svenska alkohollagen. Folkhälsoinstitutet har dessutom konstaterat att ålderskontroll ofta inte finns i dessa sammanhang. Att strunta i regler och undvika alkoholskatten ger billig alkohol och merförsäljning och är motorn i mycket av den växande näthandeln med alkohol.

Utvecklingen mot ökad tillgänglighet måste diskuteras i ett helhetsperspektiv. Varje steg i sig har en motivering men den sammanlagda effekten är negativ ur samhälls synpunkt. Den borgerliga regeringen har under flera år förberett införande av så kallad gårdsförsäljning, där egentillverkade alkoholdrycker från gårdar skulle få säljas direkt till besökare. Två statliga utredningar kom dock fram till att det skulle bryta mot det svenska detaljhandelsmonopolet och EG-rätten att låta vissa, men inte alla, tillverkare sälja alkohol direkt till kund vid sidan av Systembolaget. Regeringen bör omedelbart avbryta handläggningen av ärendet och konstatera att det inte är möjligt att införa gårdsförsäljning/spritbutiker utan att bryta mot detaljhandelsmonopolet.

Riksrevisionen hävdade 2011 i en granskning (RRS10) av det statliga stödet i alkoholpolitiken att det inte går att hävda att den bidragsstödda verksamheten till kommuner och ideella organisationer gett någon särskild effekt. Enligt Riksrevisionen framstår det inte heller som troligt att de statliga myndigheternas tillsyn påverkar barns och ungdomars tillgång till alkohol eller deras alkoholkonsumtion. Riksrevisionen ifrågasätter därför om det är effektivt att staten fortsätter med sitt stöd till lokalt förebyggande arbete – i varje fall som stödet hittills inriktats, styrts och följts upp. Riksrevisionens kritik bör beaktas. Men lokalt förebyggande arbete är oerhört värdefullt och bör stödjas även i fortsättningen. Däremot måste samhället bli bättre på att koordinera sina insatser, involvera föreningsliv och andra ideella krafter och nå de unga som befinner sig i riskzonen. Alkoholkonsumtionen är en central faktor när det gäller sociala problem och våld bland ungdomar. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Både svensk och utländsk forskning visar på tydliga samband mellan ökat alkoholdrickande och ökad våldsbrottslighet. Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar. Vid utarbetandet av en handlingsplan bör behovet av förändringar i lagstiftningen prövas samtidigt som det utarbetas förslag när det gäller arbete med attityder. Lokalt förebyggande arbete är viktigt i flera aspekter. Det ökar medvetenheten om alkoholens roll för lokalsamhället, kommuner och landsting. Därigenom ökar stödet för att genomföra effektiva åtgärder både lokalt och nationellt, som begränsningar av tillgänglighet, tillsyn av servering och polisarbete mot langning och olovlig försäljning. Genom mobilisering av lokalsamhället involveras också fler i det förebyggande arbetet med att förhindra alkoholrelaterade problem. Ett ramverk inom vilket det lokala arbetet kan bedrivas är till exempel det som beskrivs i Folkhälsoinstitutets skrifter om policy för prevention, som beskriver genomförande och uppföljning av lokal alkohol- och narkotikapolicy.

Fel! Okänt namn på

Vi anser att reglerna för folkölsförsäljning bör skärpas genom licensplikt och att kraftfulla åtgärder bör vidtas för att minska langningen av alkohol till unga. Lagskärpning vid langning bör övervägas och polisens möjligheter till bekämpning av alkoholbrott ses över. På de platser i landet där polisen har arbetat målmedvetet mot langning av alkohol till unga har ungdomsväldet minskat. Storskalig alkohollangning till unga är ett av få områden där straffskärpningar kan förväntas ge positiva resultat. Ungefär en tredjedel av all alkohol som förs in i landet säljs vidare. En stor del går till ungdomar. En viktig beståndsdel i arbetet för att minska ungdomars drickande är föräldrarnas attityder. Det finns idag flera vetenskapligt utvärderade föräldrastödsprogram. Vetenskapligt utvärderade föräldrastödsprogram bör spridas och implementeras i samtliga kommuner.

Tull och polis har viktiga roller i kampen mot narkotika men arbetet mot narkotika måste ske på bred front. Utvecklingen på nätet försvårar arbetet med att kontrollera tillgången på narkotika. Marknadsföringen på webbsidor och internetforum är tillgänglig för alla, vilket ökar risken för spridning. Ofta saluförs nya preparat som ännu inte narkotikaklassats. Så snart ett preparat blivit narkotikaklassat kommer ett nytt preparat med liknande sammansättning ut på marknaden. Ett sätt att komma åt problemet är att familjeklassning införs på ett antal substanser. Familjeklassning innebär att man kan narkotikaklassa preparat som har ungefär lika uppbyggnad och effekt. Med en sådan ändring behöver inte varje preparat klassas för sig och nya preparat som kommer ut på marknaden kan omfattas av klassningen bara genom sitt släktskap med tidigare klassade preparat. Det skulle kunna vara ett komplement till den så kallade förstörelselagen som ger möjlighet att förstöra narkotikaliknande preparat som ännu inte förbjudits och bör därför utredas. Förstörelselagen kan tyckas tandlös eftersom ingen kan dömas för brott men är viktig eftersom man räddar människoliv genom att stoppa preparaten.

Vi stöder förslaget att höja alkoholskatterna 2014 och hade ett höjningsförslag redan i förra årets budget. Då hävdade regeringen att det var olämpligt, men nu ett år senare lägger man ett likadant förslag. När skatter på alkohol höjs behöver man stärka och prioritera insatser mot smuggling och vidareförsäljning. En prioritering av tullens och polisens arbete, inte bara på storskalig smuggling utan också småskalig frekvent smuggling, är viktig. Förutom prioritering kan det behöva utredas om tullen behöver större befogenheter i arbetet. Det kan till exempel vara så att tullen idag inte har rätt att föra register över personer och fordon, och därmed inte har möjlighet att identifiera frekventa smugglare. Kronobergsmodellen för lokalt arbete mot langning förtjänar också att spridas och användas i sin helhet. Vissa polismyndigheter verkar bara ha anammat den delvis, vilket lett till sämre resultat.

Alkohol ligger bakom många olyckor i trafiken. De bedöms att 1 000 människor omkommit i olyckor i Sverige de senaste tio åren där alkohol varit inblandat. Alkolås är ett effektivt sätt att förhindra att man kör alkoholpåverkad. Redan 2005 ansökte den dåvarande socialdemokratiska regeringen om ett nationellt undantag i EU för att införa en lagstiftning om att göra det obligatoriskt med alkolås i fordon. Den gången blev det nej från EU-kommissionen. Sedan dess har dock EU fått en mera positiv inställning till

Fel! Okänt namn på

alkolås. Det är därför hög tid att regeringen aktivt verkar i EU för att alkolås blir ett lagkrav i alla fordon som går i yrkestrafik. På sikt, när tekniken utvecklats ytterligare, bör alkolås bli lagkrav även i vanliga personbilar. Drar arbetet ut på tiden bör Sverige återigen ansöka om ett nationellt undantag i EU om att införa alkolås i alla fordon som går i yrkestrafik. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Ett särskilt problem i samband med alkoholrelaterade trafikolyckor är så kallad eftersupning – det vill säga att förare som varit inblandade i en trafikolycka hävdar att han eller hon varit nykter när olyckan inträffade, men druckit i efterhand innan polisen kom till olycksplatsen. Så gott som alltid handlar det om en ren efterhandskonstruktion. Men för polisen är det svårt att skaffa fram bevismaterial om huruvida det ligger någon sanning i det påståendet eller inte. I Norge finns det lagstiftning som förbjuder eftersupning. Där är det inte tillåtet att dricka alkohol sex timmar efter att man varit inblandad i en trafikolycka. Under den socialdemokratiska regeringsperioden fanns det ett långt framskridet förslag att förbjuda eftersupning även i Sverige. Tyvärr har den borgerliga regeringen inte drivit detta förslag vidare. Riksdagen godkände dock våren 2011 ett socialdemokratiskt förslag om att regeringen ska lägga fram ett förslag till riksdagen om förbud mot eftersupning. Vi anser att det är viktigt att regeringen handlägger frågan skyndsamt så att nya regler kan träda i kraft så snart som möjligt. Det är inte rimligt att man idag ska kunna klara sig undan ansvar för rattfylleri genom att skylla på att man förtärt alkohol i efterhand.

Det är värt att framhålla att alkoholens negativa inverkan på arbetsliv och produktivitet är stor. I bedömningar av samhällskostnader av alkohol svarar produktionsbortfall ofta för nästan hälften av de totala kostnaderna. I Missbruksutredningen (2011) uppskattas att de 68 000 alkoholmissbrukarna i Sverige med behov av särskilt stöd kostar samhället 66 miljarder kronor varav nästan hälften är produktionsbortfall.

En del av produktionsbortfallet kommer från sjukfrånvaro och minskad produktivitet hos personer som är på jobbet. En tidsserieanalys av sjukfrånvaro och genomsnittlig konsumtion i Sverige för tiden 1935–2002 visar att en ökning av alkoholkonsumtionen med en liter är förknippad med en ökning av sjukfrånvaron för män med 13 procent. För kvinnor ökar sjukfrånvaron med 6 procent, men resultatet för kvinnor var inte statistiskt signifikant (Thor Norström, Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 101, 1421–1427. 2006). Även om försämrad produktivitet på arbetet är svårare att mäta kan den effekten på produktiviteten vara lika stor eller större än frånvaron. Näringslivet verkar därmed få bära en stor del av alkoholkonsumtionens konsekvenser. En restriktiv alkoholpolitik med monopol, hög skatt och begränsning av det privata vinstintresset i alkoholhandeln blir därför något som (även) näringslivet som helhet tjänar på.

13. Missbruksvården

Det finns i Sverige 500 000 personer med missbruk eller beroende. Majoriteten av dessa, cirka 330 000, har alkoholproblem. 77 000 personer använder narkotika varav omkring 30 000 personer bedöms ha ett gravt missbruk. Därtill kommer att cirka 65 000 personer är läkemedelsberoende och cirka 10 000 personer använder dopningsmedel regelbundet. Minst 2 600 personer dör årligen till följd av missbruk. 8 av 10 våldsbrott är alkoholrelaterade.

De allra flesta med missbruk har familj, vilket betyder att cirka 20 procent av alla barn och vuxna har det i sin omedelbara närhet. Socialtjänst och sjukvård satsar tillsammans cirka 17 miljarder kronor per år på missbruksvården. Det ska jämföras med samhällskostnaderna för missbruk som kan uppskattas till 150 miljarder kronor. En stor del av de resterande mer än 130 miljarderna är kostnader inom den somatiska vården (som belastar landstingen) och kriminalvård, polis och rättsväsende (som ligger inom den statliga sektorn). Det kostar med andra ord enorma summor i pengar och lidande att inte lösa problemen i ett tidigt skede.

Missbruksutredningen genomförde en total genomlysning av den svenska missbruksvården. Utredningens slutsatser (SOU 2011:35) bör enligt vår mening leda till att samhället omprövar en hel del i dagens system och samordningar och förbättrar sina insatser mot missbruk. Regeringen har nästan helt missat den chansen och presenterade våren 2013 en proposition med få eller inga förslag på de olika områdena. Propositionen är så ofullständig att den endast kan ses som ett första steg. Vi valde därför att lägga en motion där vi angav färdriktningen i en rad frågor. Vi föreslog en översyn och effektivisering av statistikinhämtandet på missbruksområdet, särskild behandlingsgaranti för missbrukare, individanpassad hjälp mot missbruk, auktorisation för personal och vårdhem i behandlingssektorn samverkan och sammanhållna vårdkedjor i tvångsvården, samlad nationell resurs för arbetet mot narkotika och alkohol, forskningsinsatser mot spelberoende, samt aktivare roll för staten när det gäller övergripande styrning, ledning och samordning av insatserna inom missbruksområdet för att koordinera olika aktörers insatser och koordinera mellan olika samhällssektorer.

För en fullständig redovisning av vår missbruksvårdspolitik hänvisas till vår kommittémotion (2012/13:So21 av Lena Hallengren m.fl., S). Här redovisas endast vår inriktning i några viktiga frågor.

Samhällets hjälpinsatser når fortfarande endast en liten minoritet av alla med beroende. Sverige har fortfarande en med europeiska mått hög narkotikadödlighet. Vi har en otydlig behandlingsorganisation som är ojämn, oförutsägbar, dålig på att implementera nya metoder och inte tilltalar brukarna.

Behandling mot alkohol- eller narkotikamissbruk bör erbjudas mycket snabbare och vara mer individanpassad än vad det ofta är idag. Det måste också vara lätt att få vård och stöd på ett mycket tidigt stadium, innan missbruket gått för långt och lett till svåra beroenden och sociala problem.

Samhällets förebyggande och tidiga insatser behöver intensifieras. Skolan bör bli mer uppmärksam, fältassistenter arbeta bland ungdomar, och primärvård och företagshälsovård ställa frågor om dryckesvanor med mera. Det

Fel! Okänt namn på

behövs kvalitetsuppbyggnad och långsiktighet i satsningarna om det ska ge varaktig effekt.

Primärvården behöver ha beredskap att ge insatser till personer med missbruk i ett tidigt skede på ett helt annat sätt än idag. Många personer på väg in i missbruk har ännu inga sociala problem och för dem är det orealistiskt att hänvisa till kommunernas socialtjänst för hjälp. De kommer aldrig att gå dit. Därför behöver primärvården erbjuda snabb hjälp i tidigt skede. Vårdpersonalen behöver i detta arbete tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an missbruk.

Kommunernas insatser behöver utvecklas. Missbruksvårdens kvalitet varierar avsevärt mellan olika kommuner. I vissa delar av landet får missbrukare vänta länge på behandling om de överhuvudtaget kommer i fråga för rehabilitering. Eftersom vårdbehovet hos missbrukare är akut bör målet vara att väntetiden till behandling skall vara mycket kort. När någon är motiverad och vill bryta ett missbruk är det bråttom, annars försvinner tillfället och möjligheten att bryta ett beroende eller missbruk. Vi föreslår att det införs en särskild behandlingsgaranti för missbrukare. Beträffande regeringens påståenden om att en vårdgaranti är onödig är vi skeptiska. Personligt möte inom en eller två veckor säger mycket lite om tillgången till verkliga insatser. Eftersom all narkotikaanvändning är kriminaliserad och slutmålet med narkotikapolitiken är det narkotikafria samhället måste kraven ställas höga på samhällets insatser för dem som vill sluta med sin kriminella aktivitet. Det är ett starkt moraliskt argument för en vårdgaranti som innebär att insatser ska påbörjas snarast när en individ söker hjälp för sin narkotikaanvändning. Inom några veckor är det rimligt att reella vårdinsatser kommer till stånd, men kommuner och landsting bör uppmanas till ännu snabbare insatser, så att patienten/klienten upplever att hans eller hennes önskan att göra något åt sitt missbruk fångas upp.

För att behandling av personer med missbruksproblem skall bli effektiv krävs att den enskilde får större inflytande och är delaktig på ett helt annat sätt än tidigare när det gäller den egna vården. Personer med missbruksproblem har i dag i praktiken en svagare ställning än flertalet andra patientgrupper. Genom att snabbt erbjuda vård och skraddarsy behandlingen efter missbrukarens egna behov och önskemål ökar möjligheterna till snabb och lyckad rehabilitering. Trösklarna till behandling är ofta också alldeles för höga. Vården är ofta villkorad på ett sätt som vore otänkbart när det gäller annan vård. Får man ett återfall skrivs man ofta ut från sin behandling. Det kan jämföras med att avbryta behandlingen för en person med ätstörningar efter ett återfall. Målet är att bli missbruksfri, men inga personer med missbruksproblem ska "avskrivas". Även personer med ett aktivt missbruk som haft omfattande problem under lång tid skall få insatser att leva ett värdigt och sjukdomsfritt liv så långt det bara går, till exempel genom sprutbytesprogram som hindrar smittspridning och som ger möjlighet att komma i kontakt med den som missbrukar och erbjuda behandling. I Stockholm och Malmö/Lund finns goda initiativ och utvecklingsprojekt som man kan lära sig av i andra delar av landet, men idag finns inget bra sätt att studera, dokumentera och sprida sådan kunskap på ett enkelt sätt.

Utbudet av vård behöver ses över och vårdens innehåll anpassas till exempel till särskilda behov som finns för kvinnor, barn, unga och anhöriga. Självhjälpgrupper som Anonyma Alkoholister bör stödjas liksom den idéburna sektorn. Skadebegränsande insatser som tillnyktringsenheter, sprutbyten, lågröskelboende, utökad läkemedelsbehandling behöver utvecklas liksom insatserna mot missbruk för personer som är i Kriminalvården. Brukarinflytande bör lagregleras. Det får inte vara så att det enda som erbjuds är till exempel "tolvstegsmodell". Vidare bör det finnas ett tydligt "krav på gott bemötande i vården" för att förbättra inställningen till ofta utsatta personer. Tillgång till underhållsbehandling behöver erbjudas i hela landet.

Det får inte vara så att narkomanvården bara blir medicinriktad. Den medicinfria narkomanvården i Sverige seglar i motvind. Bristen på systematiska utvärderingar (amfetaminmissbruk) och uppenbart dåliga vårdresultat (heroinmissbruk) gör att denna vårdform trängs tillbaka av medicinska lösningar. Utifrån ett brukarperspektiv är det viktigt att det vid sidan av den medicinska behandlingen också erbjuds medicinfria vårdalternativ för dem som så önskar. Precis som att underhållsbehandling för opiatberoende handlar om mycket långa vårdperioder krävs ofta långvariga stödinsatser för personer som väljer medicinfria alternativ, för att dessa ska bli framgångsrika.

När missbruk/beroende har pågått under många år och har utvecklats till en livsstil är det ofta nödvändigt med insatser som rör boende, rehabilitering, sysselsättning och psykosocialt stöd under flera år. Inom detta område krävs dessutom att direkt undermåliga vårdalternativ sorteras bort genom en auktorisation och att kvaliteten på vården höjs, liksom att en genomarbetad eftervård erbjuds. Här finns det anledning för staten att satsa särskilda pengar på metodutveckling och utvärdering. För att få fram optimala vårdmodeller bör staten subventionera dessa vårdmodeller inklusive inbyggd forskning så att de får möjlighet att utvecklas. När Danmark och förmodligen snart Norge satsar på heroinförskrivning skulle Sverige kunna göra en motsvarande satsning på att försöka utveckla den medicinfria vården, som ett alternativ.

Den svenska missbruksvården behöver bli mer kunskapsbaserad. Kvaliteten varierar i dag alldeles för mycket. Vi måste vara säkra på att pengarna används rätt. Det gynnar både skattebetalarna och dem som behöver vård. Kunskaper om bra behandlingsmetoder kan användas som underlag för en nationell standard. Missbruksutredningen var inne på rätt väg när man föreslog krav på auktorisering för behandlingshem samt utveckling av kvalitetsregister för att kunna följa upp vårdens kvalitet. För att öka kvaliteten i missbruksarbetet behövs bättre utbildad personal, vilket också påtalades av Missbruksutredningen. Personalens kompetens kan utvecklas ytterligare genom kontinuerlig fortbildning av befintlig personal samt fortbildning och vidareutveckling av grundutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

Samhället behöver säkra kvaliteten i den vildvuxna behandlingssektorn. Vi föreslår att det införs auktorisation för personal och vårdhem. Detaljerna för detta måste utredas närmare. Det behövs en nationell utbildning för läkare, psykologer och socionomer om beroende. Därutöver behövs specialistutbildning, utökad forskning och start av kompetenscentra med kostnadsfria/billiga

Fel! Okänt namn på

utbildningar för personal inom socialtjänst och sjukvård som arbetar med personer med missbruk/beroende. Det behövs en utveckling av kvaliteten och tillsynen i all behandlingsverksamhet, inte bara HVB. Kommunernas öppenvård och andra enheter behöver också utvecklas och granskas. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utforma tillståndskrav och auktorisation.

För att stärka vårdkedjorna kring den som behöver vård och behandling mot sitt missbruk startades på den socialdemokratiska regeringens initiativ 2005 den treåriga satsningen *Ett kontrakt för livet*. Arbetet var mycket framgångsrikt. Den enskilde erbjöds avgiftning, utredning, motiverande och behandlande insatser och en planering som omfattar både LVM-tiden och tiden efter utskrivning. En gemensam överenskommelse mellan den enskilde, socialtjänsten och Statens institutionsstyrelse (SiS) låg till grund för en långsiktig vård som omfattade LVM-tiden och halvåret därefter. Kommunen fick en statlig subvention när överenskommelse träffats om en mera långsiktig vård. Uppföljningen av *Ett kontrakt för livet* visar mycket goda resultat jämfört med traditionell LVM-vård. Trots goda resultat har inte den borgerliga regeringen fortsatt satsningen. Att satsa på samverkan i enlighet med tankarna i *Ett kontrakt för livet* ger stort utbyte av en förhållandevis liten satsning. Om tvångsvård ska ge resultat krävs särskilda insatser för tiden efter behandling. Samordningen mellan kommuner och landsting när det gäller missbruksvård måste förbättras för att få till stånd säkra och kompletta vårdkedjor. Vi vill återinföra den statliga satsningen *Ett kontrakt för livet*. Syftet är att stärka vårdkedjorna kring den som behöver vård och behandling mot sitt missbruk. Vi föreslår att 20 miljoner satsas år 2014 på att återinföra ”*Ett kontrakt för livet*”.

14. Den sociala barn- och ungdomsvården

Den sociala barn- och ungdomsvården regleras i socialtjänstlagen och LVU (lagen om vård av unga). Socialtjänstens uppdrag är att arbeta förebyggande men också utreda barnets förhållanden och bedöma behovet av insatser. Vid behov ska socialtjänsten erbjuda insatser till berörda familjer och i vissa fall ingripa oavsett samtycke. Att skilja barn och föräldrar åt är den allvarligaste och mest ingripande insatsen samhället kan göra i en familj. Just därför måste kraven på kvalitet, rättssäkerhet och likvärdighet vara mycket starka. Bakgrunden till ett ingripande kan vara föräldrar som inte klarar av sin föräldraroll, till exempel på grund av egna problem med alkohol, narkotika eller psykiska problem, men det kan också handla om barns och ungas egna problem.

Samhället ska prioritera barn och ungdomar som behöver stöd och hjälp, även i tider av ekonomisk kris. Allt annat är oacceptabelt och ett slöseri med mänskliga resurser. Vi har ett gemensamt ansvar för alla barn. Alla barn har rätt till en bra uppväxt och möjligheter att utvecklas efter sina egna förutsättningar. De insatser som samhället erbjuder måste hålla hög kvalitet och vara likvärdiga över landet. Kritik från bland annat tillsynsmyndigheter, barnrättsorganisationer och enskilda pekar på brister som behöver åtgärdas. Det handlar om brister i handläggningen, ansvarstagande och skydd för barn, skillna-

der mellan kommuner, bristande delaktighet och tillämpning av barnperspektivet samt kompetensbrister i socialtjänsten.

Ungdomar som tillbringar en stor del av sin barndom i familjehems- eller institutionsvård är som unga vuxna en mycket utsatt grupp. Barn och ungdomar som har varit placerade i familjehems- eller institutionsvård löper trots vården på lång sikt stor risk att utvecklas ogynnsamt i flera avseenden med stor risk för framtida sociala problem. De som ingår i gruppen har förvisso problem redan från början men resultaten visar att institutionsvården i Sverige när det gäller den sociala barn och ungdomsvården behöver utvecklas metod- och kvalitetsmässigt.

Socialstyrelsen har 2013 presenterat en utvärdering av placerade barns uppväxt, hälsa och utbildning. Socialstyrelsen beskriver resultaten i utvärderingen som alarmerande. Av utvärderingen framgår bland annat att:

- ? Dödligheten är nära 5 gånger högre bland ungdomar som är eller har varit placerade än bland andra i åldersgruppen 15–24 år.
- ? 10 gånger fler barn och unga som är placerade på HVB har vårdats för självsador.
- ? 15–19 gånger fler barn och unga som är placerade i HVB tar regelbundet sömnmedel, antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel jämfört med andra barn och unga.
- ? Bara 6 av 10 barn som placerades före 10 års ålder går ut grundskolan med gymnasiebehörighet. Resultatet är sämre för dem som placerats efter 12 år.

Socialstyrelsen pekar på att en lyckad skolgång är den viktigaste faktorn för att få ett bra vuxenliv. Att klara gymnasiet minskar risken för tidig död, ohälsa, psykosociala problem och försörjningsproblem. Socialstyrelsen ser stora behov av förbättringar för att utvecklingen ska gå framåt. Framför allt behöver kommuner och landsting som inte har överenskommelser om samverkan med andra aktörer som arbetar med barn se till att sådana avtal kommer till stånd och omsätts i praktiken. Socialstyrelsen uppmanar till handling på alla nivåer: i kommunerna, landstingen och staten. Samhället måste bli en bättre förälder. Många placerade barn och unga far, eller riskerar att fara, mycket illa. Socialstyrelsen betonar att landstingen behöver se över utskrivningen av psykofarmaka till placerade barn. Kommunernas socialtjänst har en nyckelroll och ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och säkra förhållanden. Det ställer stora krav på verksamheten, som den inte alltid har förutsättningar att klara. Det kan finnas flera anledningar till detta, bland annat hög personalomsättning, bristande kunskaper och stor arbetsbelastning. Uppföljning av socialtjänstens insatser, för att se vilket värde och vilka resultat insatserna ger den enskilde, är ett eftersatt område. I dag har socialtjänsten liten samlad kunskap om vad deras insatser leder till och arbetet präglas enligt Socialstyrelsen fortfarande av att socialtjänsten hoppas på att insatserna leder till något gott.

Socialstyrelsen föreslår i ett förslag till åtgärdsprogram som den tagit fram på uppdrag av regeringen att den nya tillsynsmyndigheten *Inspektionen för vård och omsorg* varje år ska samla in och sammanställa barnens uppfattningar som kommer fram i samtal med barn vid frekvenstillsynen i HVB-hem.

Fel! Okänt namn på

Vidare föreslås att Socialstyrelsen och Barnombudsmannen ska ta fram en modell för information om socialtjänstens uppdrag och ansvar för barn och unga. När det gäller kompetensutveckling föreslås att kommunerna ska kunna ansöka om statsbidrag för att anordna lokalt anpassade kompetenssatsningar och att Socialstyrelsen undersöker hur kommunerna skulle kunna stimuleras till att satsa på förstärkt handledning och systematiskt uppföljningsarbete. Det föreslås också ett prestationsbaserat statsbidrag för de lokala kompetenssatsningarna. I förslaget till åtgärdsprogram som Socialstyrelsen tagit fram framhålls att socialtjänstens insatser för barn i utsatta situationer måste följas upp på ett mer strukturerat sätt, för att insatserna ska leda till önskat resultat för de olika målgrupperna. För att socialtjänstens arbete ska hålla en god kvalitet måste socialsekreterare och chefer ha en adekvat kompetens. Det är lika viktigt inom skolan och hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst frågor om samverkan och anmälningsskyldighet när barn riskerar att fara illa.

Förslaget till nytt åtgärdsprogram har en bred ansats och ska, enligt rege- ringsuppdraget, höja kvaliteten inom hela den sociala barn- och ungdomsvården. Initiativet är lovvärt. Vi tror dock inte att de föreslagna åtgärderna i sig är tillräckliga för att vända utvecklingen. Det handlar om inte en utbildnings- möjlighet här och en kurs där. I grunden handlar det om socialsekreterarnas arbetssituation och verktyg samt det regelverk vi har för hela den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen framhåller själv att förslaget till åtgärdsprogram inte är heltäckande och att myndigheten har haft mycket kort tid för detta omfattande uppdrag. Mot denna bakgrund anser vi att det behö- ver göras en sektorsövergripande översyn och utvärdering av hela den sociala barn- och ungdomsvårdens organisation. Det kan göras på många olika sätt, men utgångspunkten kan inte vara den lägesbedömning (att det mesta går åt rätt håll) som beskrivs i regeringens budgetproposition.

Det finns förslag som relativt enkelt kan prövas och genomföras snabbt. Ett sådant förslag är att en kommun tar referenser på familjehem och HVB- hem genom att helt enkelt fråga ungdomar som tidigare varit placerade där hur de tyckte att det fungerade. Ett annat förslag är att den statliga tillsynen förstärks.

Alla barn och ungdomar som behöver stöd eller insatser från socialtjänsten har rätt att bli bemötta på ett professionellt och respektfullt sätt. Flera länder, däribland Sverige, har i modern tid börjat granska sin tidigare hantering av placerade barn. Samhället tar på sig ett enormt stort ansvar när man flyttar ett barn från sin ursprungliga familj. Under 2005 vittnade många olika personer om vanvård, systematiska kränkningar och våld i den svenska sociala barn- och ungdomsvården i förfluten tid. Även om de allra flesta omhändertagna fått en bra vård stod det klart att bristerna varit allvarliga och tyvärr så omfat- tande att man inte kan tala om enstaka fall. Kontrollsystemen var undermåliga och förmådde inte upptäcka eller ingripa mot övergrepp och skydda dessa barn. Socialtjänstminister Morgan Johansson beslutade därför 2006 att ut- nämna Göran Johansson till särskild utredare för Utredningen om vanvård i den sociala barnvården 1920–1980. Utredningen har intervjuat nästan 1 000 personer och fick under förra mandatperioden sitt uppdrag förlängt. Många av de intervjuade har dock kommit upp i hög ålder eller lider av sjukdom. De har

länge undrat vad som händer efter att intervjuerna avslutats och vilka åtgärder staten kommer att vidta med anledning av det som hänt. Den borgerliga regeringen tillsatte under förra mandatperioden en särskild Upprättelseutredning som skulle titta på ersättningsfrågan, en offentlig ursäkt samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Upprättelseutredningen (*SOU 2011:9 Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*) föreslog en offentlig ursäkt (ceremoni), ersättning till de drabbade samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Regeringen lämnade dock 10 september 2011 besked om att de barn som vanvårdats i fosterhem inte skulle få någon ekonomisk ersättning. Vi protesterade mot regeringens besked. Sverige har som land en skyldighet att göra upp med det förflutna och ge dessa barn upprättelse. Vi måste ta deras berättelser på allvar och ge en tydlig signal att detta inte får fortsätta att hända. Det har andra länder i liknande situation gjort. Upprättelseutredningen har ett genomarbetat förslag för ersättning till de drabbade. Efter regeringens besked 12 september 2011 inleddes samtal mellan regeringen och oppositionen i frågan. Regeringen, Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet träffade den 28 september 2011 en ramöverenskommelse om personer som utsatts för övergrepp eller försummelse av allvarlig art i social dygnsvård mellan åren 1920 och 1980, enligt Upprättelseutredningens förslag. Överenskommelsen innebär att det tillskapats en särskild tidsbegränsad möjlighet till ekonomisk ersättning.

15. Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningarna spelar en viktig roll när det gäller sex och samlevnad och ungdomars hälsa. Hälso- och sjukvården har många gånger svårt att möta de hälsoproblem eller behov av samtal som finns hos ungdomar, ofta saknas en tydlig ingång i vården. Ungdomsmottagningarna arbetar mer på ungdomars villkor och har därför större möjligheter att nå ungdomarna på ett effektivt sätt. Till ungdomsmottagningen kan man vända sig med frågor och funderingar kring sex och samlevnad, sexuell läggning, preventivmedel, oönskade graviditeter, könssjukdomar och frågor kring relationsproblem, mobbning, droger, nedstämdhet och oro eller bara för att ha någon att prata med. Här handlar det verkligen om tidiga insatser och förebyggande arbete i praktiken.

Ungdomsmottagningarna arbetar på mycket olika premisser i olika delar av landet och ofta under osäkra förhållanden. Tillgängligheten varierar stort. Exempelvis är det under sommar månaderna som mycket händer i ungdomars liv och då stänger många ungdomsmottagningar helt, ibland i många veckor. Av de 197 ungdomsmottagningar som RFSU granskat i Sverigebarometern 2013 höll 69 öppet som vanligt och 73 stängdes minst en vecka under sommaren. 2012 innebar förbättringar i tillgängligheten, men utvecklingen verkar 2013 ha avstannat utifrån ett nationellt perspektiv. Antalet upptäckta klamydiainfektioner i åldersgruppen 15–29 år ökar under sensommar och höst, med en tydlig topp i september. I en stor studie från Göteborgs universitet om unga

Fel! Okänt namn på

och sexualitet (Ungkab09) angav även de flesta unga själva att lättillgängliga mottagningar är en viktig förutsättning för det förebyggande arbetet. Vi föreslår en snabb och total kartläggning av ungdomsmottagningarnas öppettider och kompetens så att det blir möjligt att göra jämförelser och se om det behövs ytterligare åtgärder, till exempel en norm för tillgänglighet.

Det är viktigt att hitta nya och kompletterande vägar att nå ungdomar. En viktig satsning som gjorts är UMO, som är en nationell ungdomsmottagning på nätet för unga mellan 13 och 25 år. Syftet med sajten är att göra det lättare för unga att hitta relevant, aktuell och kvalitetssäkrad information om sex, hälsa och relationer.

Det behövs ett brett och aktivt engagemang från många olika delar av samhället för att motverka hedersvåld och förtryck. Många ungdomar, främst flickor, som utsätts för hedersförtryck lever under mycket svåra förhållanden. Kunskapen hos berörda myndigheter måste kvalitetssäkras, samtidigt som tillgången till skydd för och stöd till de utsatta måste fungera. Ungdomsmottagningarna har en viktig roll när det gäller att möta, samtala, hjälpa och stödja ungdomar som lever med hedersproblematik och måste ha en beredskap och kunskap att kunna ge stöd i dessa frågor.

16. Funktionshinderspolitik

Den svenska funktionshinderspolitiken är idag alltför passiv. Trots kvarstående problem och orättvisor för personer med funktionsnedsättning saknas nya mål och konkreta förslag från regeringens sida. Andra frågor än funktionshindersfrågorna prioriteras högre i regeringens arbete.

Funktionshindersfrågorna är i första hand rättighetsfrågor och inte vård- och omsorgsfrågor. Det finns en rad frågor som regeringen borde ta itu med och där flera olika departement samt riksdagsutskott måste involveras. Dagens lama och till intet förpliktande strategier och måltexter måste ersättas av handling.

För det första bör man ändra lagstiftningen så att bristande tillgänglighet blir en diskrimineringsgrund i diskrimineringslagen. Detta har utretts flera gånger och färdigt utredningsförslag finns liksom fungerande exempel från andra länder. Den 15 augusti 2013 var det tusen dagar sedan remisstiden gick ut för den senaste utredningen ”Bortom fagert tal” som föreslog detta. Sedan dess har regeringen kontinuerligt sagt att de bereder frågan, dock utan några som helst resultat. Förslaget i utredningen *Bortom fagert tal* innebär att man ska utgå från redan gällande minimiregler och fokusera på ”skäliga” anpassningar utifrån nytta och kostnader. Det är alltså långt ifrån några orimliga krav som ställs, i praktiken mest ett tydliggörande av de lagar som redan finns. Regeringen måste återkomma med en proposition i frågan.

För det andra bör LSS-reformen värnas. Många som har LSS vittnar om rädsla för att LSS-reformen på sikt ska försämrats på samma sätt som skett med sjukförsäkringen.

För det tredje måste arbetet för att tillgänglighetsanpassa Sverige intensifieras. Arbetet har gått långsamt och satta mål har inte infriats.

För det fjärde måste aktiva åtgärder sättas in för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning. Bland personer utan funktionsnedsättning är sysselsättningsgraden 75 procent och bland dem som har en funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är den 44 procent. Statistiska centralbyråns och Arbetsförmedlingens kartläggning från i våras visar att antalet personer med funktionsnedsättning som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen har fördubblats sedan 2007. Det är den snabbaste ökningen som någonsin uppmätts. Sedan våren 2006 har personer med funktionsnedsättning som varit utan jobb i mer än tre år ökat från 23 000 till 36 000, en ökning med 57 procent. Regeringens politik har misslyckats trots allt tal om att prioritera arbete. Det behövs bland annat kvalificerat, riktat och individanpassat stöd för att kunna vända på denna utveckling samt ett större ansvarstagande från bland annat offentliga arbetsgivare.

För det femte behöver hjälpmedelsfrågan ses över. Tillgången till hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter.

Riksdagen beslutade år 2000 om en nationell handlingsplan för handikappolitiken som innebär mål om att Sverige år 2010 ska vara tillgängligt för människor med funktionsnedsättningar. Handlingsplanen klargjorde att varje sektor i samhället har ett ansvar och uppdrag att göra sin verksamhet tillgänglig för alla. Tillgänglighet handlar ofta om övergripande fysisk planering eller anpassningar av lokaler men det kan också handla om andra saker, till exempel möjligheten att tillgodogöra sig information, exempelvis på webbsidor. Kollektivtrafiken är ett annat centralt område där det behövs åtgärder för ökad tillgänglighet. Av regeringens budgetproposition för 2010 framgick att det inte kommer att bli möjligt att nå handlingsplanens mål fram till 2010 när det gäller enkelt avhjälpna hinder, tillgänglig kollektivtrafik och tillgänglig statsförvaltning. Regeringen har inte verkat särskild upprörd över att målen inte nås och frågan har uppenbarligen varit lågt prioriterad. Vi hade förväntat oss att regeringen skulle återkomma med en tydlig plan för hur man tänker gå vidare med de områden som inte blev klara, vilka konsekvenser utebliven anpassning av tillgängligheten ska få för olika aktörer och vilka nya mål och medel (till exempel ekonomiska stimulanser, skärpta regler, ökad information) som ska användas i tillgänglighetsarbetet. Någon sådan plan har dock inte regeringen presenterat.

Regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 presenterades sommaren 2011. Strategidokumentet är omfattande men saknar på de viktigaste punkterna konkreta förslag och mätbara målsättningar. Det är till exempel helt absurt att i en nationell strategi för funktionshinderspolitiken i Sverige inte ta upp frågan om otillgänglighet som diskrimineringsgrund. Ett uttalat inriktningsmål i strategin är exempelvis att sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga ska öka. Men inga mätbara siffror nämns. Ett mätbart mål hade (som Handikappförbunden påpekat) kunnat vara att sysselsättningsgraden återgår till 1998 års nivåer, det vill säga 56 procent. Ett annat kvarstående problem med strategin är att det inte händer något om aktörer inte uppfyller de löst satta målen. Ibland bygger strategin på att myndigheter själva ska sätta mål, vilket belyser att strategin är tunn och till intet förpliktande.

Fel! Okänt namn på

Lagen om stöd och service (LSS) har inneburit en enorm förbättring av levnadsvillkoren för många funktionshindrade. LSS-verksamheten har expanderat år för år, det gäller både antalet personer som får del av LSS-insatser och antalet timmar per person. Vi socialdemokrater slår vakt om LSS. Vi tycker att det är riktigt att prövning av LSS-behov sker på samma sätt i hela landet. Det är dock viktigt att förändringar görs i dialog med brukarnas organisationer. LSS berör folks vardag och därför måste genomförandeprocessen av eventuella förslag från regeringen ske med yttersta noggrannhet och tillräcklig förberedelsestid. Under de senaste åren har ett antal personer i samband med Försäkringskassans omprövning fått sin assistans minskad. Riksdagen gav i ett tillkännagivande 2012 regeringen i uppdrag att ta reda på hur många som drabbats och vad som har hänt med dem som fått kraftigt minskad assistans. Någon sådan redovisning har inte regeringen kunnat leverera. Det betyder att frågan inte kommer att redovisas förrän efter valet 2014. Det är mycket beklagligt, men ganska typiskt för regeringens hantering av LSS-frågorna. Om domstolsdomar på ett avgörande sätt ändrar hittillsvarande praxis för bedömning av LSS-behov bör det prövas om det behövs förtydliganden från den politiska nivån så att lagens intentioner kan upprätthållas.

För att personer med funktionsnedsättning ska ges möjlighet att verka i vardagen på samma villkor som människor utan funktionsnedsättning krävs ofta att olika former av hjälpmedel ingår som en del i vården och rehabiliteringen. Hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsansvar ska vila på en värdegrund där individens möjligheter att leva ett självständigt liv i trygghet och värdighet ska vara den bärande utgångspunkten. Tillgången till hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter. Mot bakgrund av detta anser vi att det bör formuleras en nationell strategi för hur vi resursmässigt och organisatoriskt ska klara att möta ett växande hjälpmedelsbehov. En sådan strategi ska också tydliggöra hur sjukvårdshuvudmännen utifrån sitt hjälpmedelsansvar kan bidra till att förverkliga de handikappolitiska och äldrepolitiska målen.

Personliga ombud är en mycket välriktad reform genom att den kommer psykiskt funktionshindrade direkt till del. Ombuden hjälper dem att få tillgång till den hjälp de har rätt att få, från kommunen, landstinget och olika stödenheter. Ombuden arbetar nära den de är ombud för och helt på dennes uppdrag. Socialstyrelsen har konstaterat att personliga ombud stärker den enskildes självbestämmande, främjar möjligheterna till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället. Det har också visats att personliga ombud minskar kostnaderna för sjukvård då behovet av psykiatrisk slutenvård minskar. Reformen infördes för ett antal år sedan och under de senaste åren har verksamheten varit under uppbyggnad. Fler och fler kommuner har visat intresse för att ha sådan verksamhet. Bristen på personliga ombud är stor, men det är svårt att rekrytera nya ombud. Risken att utvecklingen stannar av är överhängande. Regeringen bör mot denna bakgrund återkomma med förslag på hur arbetet med att rekrytera personliga ombud kan intensifieras och utvecklas.

Samhället som helhet måste bli bättre på att samordna sina insatser kring människor med olika former av funktionsnedsättningar, till exempel genom koordinatörer som hjälper den enskilde med olika kontakter. En undersökning från RBU, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, visar att

föräldrar till barn med funktionsnedsättning i genomsnitt hade kontakt med 17 personer kring sitt barns funktionsnedsättning och olika stödinsatser. Det är lätt att inse att detta är en orimlig situation. Informationen från de olika huvudmännen, främst Försäkringskassan och kommunerna, som administrerar samhällets stöd till dessa familjer är också bristande enligt samma undersökning. Efter ett förslag från Socialdemokraterna tillkännagav riksdagen under riksdagsåret 2011/12 för regeringen att den skulle starta en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har därefter fått ett uppdrag av regeringen att föreslå en försöksverksamhet. Uppdraget skulle redovisas i januari 2013 och vi förutsatte att en försöksverksamhet därefter skulle kunna komma till stånd. Så blev dock inte fallet. Än en gång saknar regeringen förmåga att leverera. Regeringen säger att den ska försöka få igång en försöksverksamhet på annat sätt. Hela hanteringen av denna fråga vittnar om ointresse och dålig styrning. Vi kommer att följa frågan noga.

Sjukvårdens insatser för människor med funktionsnedsättningar måste också förbättras. Många patienter med rätt till en individuell vårdplan har ändå ingen sådan. Det är en fråga som landstingen måste prioritera högre. Patienterna har ofta själva stor kunskap om hur deras situation skulle kunna förbättras, inte sällan med relativt enkla medel. Denna kunskap måste tas tillvara på ett bättre sätt än idag.

Det förekommer brister i rehabiliteringen och habiliteringen av barn med omfattande funktionsnedsättningar, liksom för vuxna med tidigt förvärvade eller medfödda funktionsnedsättningar. Vi anser därför att vården måste utveckla och stärka samordningen särskilt kring dessa patienter, över professions- och områdesgränser.

Majblommans lokalföreningar noterar sedan i mitten av 2000-talet en kraftig ökning av antalet ansökningar om bidrag till glasögon. En betydande andel av Majblommans bidrag går till glasögon till barn. Ansvaret för medicinsk behandling och personliga hjälpmedel ligger enligt hälso- och sjukvårdslagen hos våra landsting. Majblomman kräver att landstingen måste börja tolka lagen betydligt mer generöst än vad man gör i dag när det gäller glasögon. Regeringen har efter att vi drivit frågan i riksdagen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda vad som är att betraktas som hjälpmedel när det gäller glasögon och hur landstingens bidrag ser ut. Men detta är bara första steget för oss. En ordentlig översyn av dagens hantering bör genomföras. Landstingen behöver tydliga riktlinjer för hur barn med synnedsättning ska få ett jämlikt och tillräckligt stöd. Barn i Sverige måste ha samma rätt till hjälpmedel och till medicinsk behandling.

Handikapporganisationerna gör många viktiga insatser för att förbättra villkoren för personer med funktionsnedsättningar och för att uppnå målen för funktionshinderspolitiken. Det är viktigt att det finns långsiktiga ekonomiska förutsättningar för det intressepolitiska arbete som bedrivs och den information och stöd som de ger sina medlemmar. Statsbidraget till handikapporganisationer (anslag 3:2) har legat still under en sexårsperiod. Vi föreslår att anslaget ökas med 19 miljoner kr.

Fel! Okänt namn på

Den som har en sällsynt sjukdom har ofta särskilda problem i kontakter med vård, skola och myndigheter just för att sjukdomen är så ovanlig. Ågrenska stiftelsen i Göteborg tilldelades 2011 det statliga uppdraget att för perioden 2012–2014 vara en nationell funktion för samordning, koordinering och informations-spridning inom området sällsynta sjukdomar. Sedan 1989 arrangerar man också ett 20-tal veckovistelser för familjer som har barn med sällsynta sjukdomar och syndrom. Vistelserna, som vänder sig till hela familjen, ger en unik möjlighet för familjerna att möta andra i samma situation, få kunskap och utbyta erfarenheter. Vi vill att staten stöder denna verksamhet och anslår 5 miljoner för detta (nytt anslag).

Totalt avsätter vi således 24 miljoner kr 2014 för att stärka handikapporganisationerna och Ågrenska stiftelsen.

Det finns problem med bidragsgivningen till organisationer. Anhörigas Riksförbund, som har över 60 lokala föreningar, har ingen möjlighet att få del av grundstödet till organisationer utan måste förlita sig till projektmedel och andra anslag. De satsningar som regeringen aviserat när det gäller stödet till anhörigas organisationer (finns vid sidan av Anhörigas Riksförbund flera olika sjukdomsförbund) bör beakta detta.

17. Äldres vård och omsorg

Idag kan allt fler se fram emot många friska år efter att man gått i pension. På 100 år har medellivslängden i Sverige ökat med över 25 år. Om fem år kommer en femtedel av alla som bor i Sverige att vara över 65 år. Så har det aldrig sett ut tidigare. Att vi får leva allt längre och att vi får behålla våra nära och kära allt längre i livet kan aldrig i sig vara ett problem för samhället utan är istället en enorm tillgång. Det är en stor framgång för vårt välfärdssamhälle.

Den stora generation som nu går i pension ”mitt i livet” tar med sig en aktiv livsstil in i pensioneringen och har många innehållsrika år framför sig. Allt fler kan och vill arbeta efter 65-årsdagen. Hur de nya äldre kan välja att ordna sina liv har stor betydelse för den svenska välfärden.

När allt fler som pensioneras utöver grundpension också har inkomstpension från arbete är det fler som kommer att få en hygglig ekonomisk standard som pensionärer. Men samtidigt blir de klasskillnader som finns i yrkeslivet inte mindre påtagliga vid pensioneringen. Arbetslöshet, dåliga arbetsvillkor, otillräcklig utbildning, svag ekonomi och otrygghet tidigare i livet präglar också livsvillkoren som pensionär. Många äldre kommer fortfarande att leva under knappa förhållanden.

Utmaningen är att garantera och klara en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund, även när de äldre successivt blir så många fler. Det finns de som målar upp en mörk bild av framtiden. De menar att när antalet äldre ökar kommer vi inte att ha råd med en gemensamt finansierad välfärd. De säger att var och en kommer att bli tvungen att betala mer ur egen ficka. Men så behöver det inte vara. Frågan om hur vi ska finansiera välfärden i framtiden är en genuint politisk fråga. Det går att utveckla en gemensamt finansierad vård och omsorg med hög kvalitet för alla äldre – det

Fel! Okänt namn på

handlar om politiska prioriteringar och kraft. Det gör vi genom prioriteringar, ett aktivt folkhälsoarbete och genom att fler får möjlighet att arbeta. Unga måste komma in på arbetsmarknaden tidigare, studietiden kan kortas genom att det införs treterminssystem på högskolan, frånvaro och ”förtidspensionering” på grund av ohälsa måste förebyggas, nya svenskar måste få jobb snabbare och den som vill arbeta efter 65 år ska få göra det. Vi vill långsiktigt öka ambitionsnivån och de offentliga investeringarna i vården och omsorgen för att klara en bra välfärd också framöver. Alla äldre skall kunna känna trygghet i att vården och omsorgen fungerar och håller hög kvalitet. Vården och omsorgen ska vara för alla och ges efter behov, oavsett inkomst. De som kräver försäkringslösningar säger indirekt att alla inte ska/kan ha den vårdstandard som de själva anser nödvändig för egen del.

Jämfört med många andra länder har Sverige ett gott utgångsläge. Vi har en hygglig grund att stå på genom ett robust pensionssystem, relativt höga födelsetal, positiv nettovandring och en jämförelsevis väl utbyggd vård och omsorg för äldre. Vi har tid att ställa om och förbereda samhället på att vi blir allt fler äldre. Men vi måste agera nu! Vi socialdemokrater vill investera i vår gemensamma välfärd och ta vara på människors kraft och erfarenhet istället för att öka klyftorna i samhället mellan och inom olika grupper i samhället.

För att klara att successivt ställa om det svenska samhället behövs det en långsiktig kvalitetsplan för den svenska äldreomsorgen. Kvalitetsplanen behöver sträcka sig fram till 2025 med etappvisa mål och delmål. Planen ska stimulera innovationer i äldreomsorgen, ett hälsofrämjande arbete på alla nivåer och en ökad tillgänglighet, åtgärda kvalitetsbrister och öka jämlikheten, inflytandet och valfriheten för de äldre samt innehålla ett program för generationsväxling för personalen. Personalen ska garanteras rätt till heltid, utvecklingsmöjligheter, kompetensutveckling, bra arbetsmiljö och bra arbetsvillkor. Dagens tillfälliga och kortsiktiga satsningar och projekt löser inte huvudfrågan. Äldreomsorgen kommer att behöva mer personal, mer kompetens och mer investeringar. Det kräver långsiktig och uthållig planering över en 10-årsperiod för att ge resultat.

De som är äldre idag har jobbat och slitit för att det ska bli bättre för nästa generation. Nu är det deras tur. Man ska inte tvingas förlita sig på anhöriga för att få en god omsorg. När hälsan sviktar och man inte kan klara sig hemma på egen hand ska hemtjänsten, vården och omsorgen finnas där – för alla. Vi ser det som ett kontrakt mellan generationer. Varje generation drar nytta av den välfärd som generationer före har lagt grunden till genom sitt arbete.

Bilden av äldre som en grupp där alla har behov av vård och omsorg är helt fel. De allra flesta äldre har ingen hjälp alls och efterfrågar det inte heller just nu. De är friska och klarar sig själva alldeles utmärkt under många år efter pension. Så småningom kommer dock för de allra flesta en tid då allt fler sjukdomar gör sig påminda, kraften tryter, det dagliga livet blir besvärligare och då behovet av vård och omsorg ökar. Äldre med vårdbehov är inte en enhetlig grupp. Alla är unika med olika behov och drömmar. Äldreomsorgen måste därför skifta fokus från ett vårdperspektiv där samhället ganska ensidigt bestämmer förutsättningarna till ett inflytandeperspektiv där individens ökade

Fel! Okänt namn på

krav på oberoende och självständighet är utgångspunkten för vården och omsorgen.

Vår politik tar sin utgångspunkt i att även äldre som behöver vård och omsorg ska få bestämma själva över sitt liv och sin vardag. Vår inriktning på äldrepolitiken är att den som är äldre och behöver hjälp från hemtjänsten eller på äldreboendet har samma rätt som alla andra att bestämma över sitt liv och sin vardag. Att reducera valfrihet och inflytande till en fråga om att välja hemtjänst från en kommunal eller privat utförare är fel. Diskussionen borde istället handla om innehållet i den vård eller omsorg som ska ges. Äldre ska ha verklig valfrihet och i högre grad än idag kunna bestämma vad de vill ha utfört under sina hemtjänsttimmar. De ska kunna bestämma när de ska stiga upp, lägga sig, komma utomhus och andra viktiga delar i vardagen på äldreboendet, liksom välja mellan olika maträtter och om de till exempel vill ha vin till maten.

För att värna de äldres oberoende och möjligheter att bo så länge de vill och orkar i sin hemmiljö bör inriktningen vara att det blir lättare att få hjälp även om behoven inte är så stora att man har rätt till biståndsbedömd insats. Det ökar tryggheten, livskvaliteten och oberoendet för de äldre och är lönsamt på sikt för samhället. Flera kommuner har redan infört så kallad förenklad biståndsbedömning som gör att alla äldre över en viss ålder får ett antal hemtjänsttimmar bara genom att anmäla sig. Det erbjuds bland annat i Örebro, Nordmaling och Linköping. Vi vill att fler äldre skall ha denna möjlighet.

Vi vill att äldre med rätt till hemtjänst eller boende på äldreboende ska få möjlighet till ett rikare liv. Många kommer att leva en lång tid av sitt liv med hemtjänst eller på äldreboende. På sikt måste hemtjänsten och insatserna på äldreboendet utvecklas till att inte bara handla om det allra nödvändigaste utan också kunna rymma det som gör livet värt att leva. Hur möjligheten till egen tid ska utformas och vilka insatser som ska inrymmas är upp till varje kommun att bestämma, men idag är det alltför stora skillnader mellan kommunerna.

Idag får cirka 200 000 personer sin mat genom hemtjänst eller äldreboende. Dess värre kan vi konstatera brister i matkvalitet inom äldreomsorgen och hemtjänsten. Undernäring är ett stort men tyst problem bland många äldre. Det spelar heller ingen roll hur näringsrik maten är om den inte är god och serveras på ett aptitligt sätt. Många mediciner ger dessutom dålig aptit. Näringsinnehållet i maten är en av de viktigaste källorna för att bevara hälsan och kunna återfå den efter sjukdom. Att servera mat till våra äldre som är god, näringsrik och lagad på råvaror av hög kvalitet borde vara en självklarhet. God mat är vällagad med dofter och smaker som berikar både kropp och själ. Äldre ska inte behöva serveras mat som inte smakar gott, inte ser god ut och inte luktar gott. För många gamla är maten ofta den viktigaste stunden på dagen. Hälsa och mat hänger ihop. Bra mat bidrar till livskvalitet och ett friskare liv. För att kunna förebygga och åtgärda näringsproblem behövs personal med nutritionskompetens i kommunerna. Idag har endast ett mindre antal kommuner en dietist anställd. Måltidspersonal och kommunens ansvariga ska få kunskaper och verktyg för en godare och bättre mat. Men denna vetenskap behöver bli en fråga högt upp på den äldrepolitiska dagordningen.

Fel! Okänt namn på

Livskvalitet handlar också om att par ska kunna bo kvar tillsammans så länge de vill. Att få flytta med sin partner till ett särskilt boende ska vara en rättighet. Vi stöder ändringen i socialtjänstlagen från 1 november 2012 som innebär att det tydliggörs att de som beviljats plats i särskilt boende ska kunna fortsätta att sammanbo med sin make eller sambo om de så önskar. Äldre par ska inte behöva flytta isär bara för att deras omsorgsbehov skiljer sig åt. En fråga som kvarstår är vilka rättigheter den medflyttande parten har om den make eller sambo som beviljats platsen i särskilt boende avlider. Både i betänkandet och i propositionen framhålls att det inte är möjligt att i detalj reglera vilka rättigheter som den medflyttande parten har utan att detta bör lösas lokalt i samförstånd med den efterlevande. Vi vill poängtera vikten av att denna fråga verkligen uppmärksammas och följs noga. Sveriges Kommuner och Landsting skulle kunna spela en viktig roll i detta sammanhang. Om det inte finns goda rutiner för detta lokalt riskerar ett gott förslag att leda till otrygghet om det är oklart vad som händer den dag man blir ensam.

Av de cirka 1,5 miljarder kr som staten avsätter i stimulansbidrag till äldreomsorgen går 300 miljoner kr till stimulansbidrag för byggande av fler platser i särskilda boenden. Det var en satsning som inleddes av den socialdemokratiska regeringen och som vi fullt ut stödjer. Kvarboendepincipen har på många håll drivits för långt och det finns idag brist på lämpliga platser i särskilda boenden. Vi ser positivt på regeringens förslag att investeringsbidraget till särskilt boende även kan användas för byggandet av trygghetsboenden. Det är en boendeform som behöver utvecklas. Men utvecklingen av antalet platser i särskilt boende måste följas noga. Antalet platser fortsätter att minska och är nu nere i 90 500 platser, vilket är en minskning sedan 2006 med 8 100 platser. Det behövs ytterligare initiativ från regeringen på detta område mot bakgrund av kommande demografiförändringar med fler äldre samtidigt som det redan nu är kö till plats i särskilt boende i många kommuner.

Vi är helt emot att regeringen väljer att ta medel från de statliga stimulansbidragen till äldreomsorgen (anslag 4.5) för att finansiera fritidspeng för barn och ungdomar i socialt utsatta familjer. Vi vill istället att bidragsnormen höjs med samma belopp för dessa familjer och att det finansieras genom att stimulansbidraget för att öka användningen av LOV i specialistsjukvården slopas. Äldreomsorgen behöver sina pengar. Att ställa två prioriterade områden mot varandra är oklokt. Uppenbarligen anser regeringen att bidrag till privatiseringar är mer angeläget än äldreomsorgen.

När vi blir äldre och behöver stöd och omsorg ska vi inte behöva överge vårt språk, och inte heller vår kultur och våra traditioner. Vi vill att Socialstyrelsen tillsammans med invandrarorganisationerna och representanter för de nationella minoritetsspråken ser över situationen i kommunerna och utvecklar modeller för hur fler äldre kan få omsorg på sitt eget språk. Vi vill även att det startas utvecklingsprojekt i ett antal kommuner och därifrån sprids goda erfarenheter till det övriga landet.

Demens är en folksjukdom och den som är sjuk blir så småningom beroende av omgivningens insatser för vård och omsorg. I dag lever cirka 150 000 personer i Sverige med demens. Den stadigt ökade medellivslängden i Sve-

Fel! Okänt namn på

rige, som egentligen är en stor framgång för välfärden, innebär att också antalet personer med demens kommer att öka. Om 25 år beräknas antalet demenssjuka ha stigit till över 200 000 personer. Det gör demens till en av de stora folksjukdomarna. Demens kallas ofta för de anhörigas sjukdom. Tillsammans med den som är sjuk känner också många anhöriga den rädsla, sorg och ångest som sjukdomen alstrar. Och den som är sjuk blir alltmer beroende av sin närmaste omgivning. God demensvård handlar både om insatser som riktar sig till den som är sjuk och om att utveckla stödet till anhöriga. Forskningen har gjort att vi idag vet allt mer, men för att kunskapen verkligen ska användas krävs satsning på kompetensutveckling. Det finns också ett stort behov av demenskunskap på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg. Vi vill verka för att alla personer som misstänks ha en demenssjukdom erbjuds en demensutredning.

Socialdemokraterna och de övriga oppositionspartierna i riksdagen röstade våren 2011 igenom att Socialstyrelsen fick i uppdrag att komplettera de nationella riktlinjerna för vård av demenssjuka med riktlinjer för bemanning i demensvården. Moderaterna, Folkpartiet, Centern och Kristdemokraterna reserverade sig. Bakgrunden var att Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010* saknade regler för bemanning. En rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum visade dock att det är fullt möjligt att fastställa riktlinjer för lämplig bemanning för vård av och omsorg om demenssjuka och hur det kan anpassas till lokala förhållanden. Bemanningen inom demensvården har ofta visat sig vara otillräcklig, vilket bland annat Socialstyrelsen pekat på i sin tillsyn. Larm, larmmattor och låsta dörrar kan vara nödvändigt men kan och ska inte ersätta människors närvaro och omsorg. Det är också otillfredsställande, inte minst för kommunerna, att Socialstyrelsen i sin granskning kan komma fram till att en kommun har för lite personal samtidigt som det saknas riktlinjer för vilken bemanning som är rimlig. Riksdagens partier har därefter i enighet beslutat att det ska tas fram motsvarande regler för övriga äldreboenden. Socialstyrelsen har valt att inte arbeta vidare med riktlinjer för bemanning utan istället utfärda föreskrifter för bemanning, dessa ska träda i kraft 1 januari 2015 för både demensboenden och övriga boenden. Det är av största vikt att detta fullföljs och vi kommer att följa frågan noga.

När det gäller sjukvård och läkemedel, hemtjänst och hjälpmedel är det framförallt de äldre som är storkonsumenter. Det betyder inte att de flesta äldre skulle vara sjuka, men det betyder att vården och omsorgen måste anpassas utifrån de äldres behov. Så är det inte alltid idag. Sjukvårdens organisation och läkemedlens användning för multisjuka äldre har stora brister. Även Socialstyrelsens granskning av hur äldre tas emot på akutmottagningarna innehåller skarp kritik. Det visade sig att kunskapen om hur hög ålder är en specifik riskfaktor oavsett diagnos är låg och att det fanns brister i ansvaret då patienten flyttas mellan olika kliniker eller vid väntetid vid röntgen.

Vården för de mest sjuka äldre har idag stora brister och är en prioriterad fråga för oss (se avsnitt 1.2). Den grundläggande förutsättningen för att de allra svagaste och sköraste patientgrupperna i samhället ska få tillgång till vård är att vården ges på lika villkor, efter behov och finansieras gemensamt.

Fel! Okänt namn på

Vi vill att det tas fram nya modeller för bättre vård för äldre. För många äldre är det en stor och bölig apparat att ta sig till sjukvården när man blivit sjuk och svag. Många klarar inte att själva ta sig till vården och hänvisas då till ambulans och akutmottagningar, inte för att sjukdomstillståndet så kräver utan enbart på grund av svårigheten att själv förflytta sig. Vi vill därför förbättra hemsjukvården, till exempel med hemläkarbilar så att vården enkelt kan komma hem till sjuka äldre. Vi vill även förbättra möjligheterna för direktinläggning så att så få som möjligt tvingas vänta på akuten. På vissa sjukhus har det etablerats så kallade närsjukvårdsavdelningar där patienter som vårdas av kommunen efter bedömning av primärvårdsläkare läggs in direkt på sjukhus utan att först passera akuten. Det är ett bra exempel på hur samverkan ökar tryggheten för patienten, såväl som effektiviteten i verksamheten. Multisjuka äldre behöver en personlig vårdkontakt med helhetsansvar för behandlingar och läkemedel och som även gör regelbundna läkemedelsgenomgångar.

Kommuner och landsting bör gemensamt utveckla samarbete och organisation för vården av äldre för att primärvård, socialtjänst och slutenvård ska skapa gemensamma rutiner för att bättre ta hand om mycket gamla och multisjuka patienter som ofta behöver sjukhusvård. Kommuner och landsting kan också utveckla mellanvårdformer där man kan ta helhetsgrepp runt patienter som varken passar in på geriatrisk avdelning eller på särskilt boende.

Vi vill också göra en lagändring och samla huvudmannaskapet för både hemsjukvård och äldreomsorg hos kommunen för att kunna samverka och integrera insatserna. I många kommuner är det fortfarande två olika organisationer för vården och omsorgen om äldre som vårdas hemma. Det kan betyda att först kommer kommunens hemtjänst och någon timme senare kommer landstingets omvårdnadsteam. Det blir många olika personer att lära känna och stor risk att den ena inte vet vad den andra gör. Äldre är värda en bättre omvårdnad. Kommunen har ansvar för hemsjukvården för alla dem som bor i ett särskilt boende. I allt fler av landets kommuner är det kommunen som är ansvarig även för hemsjukvården även för dem som bor i eget boende och så bör det vara i alla kommuner.

För att öka tryggheten och kvaliteten behöver också vården i livets slutskede utvecklas. Idag finns stora brister och skillnader i tillgången till palliativ vård. Den palliativa vården måste utvecklas och byggas ut för att kunna erbjudas på ett likvärdigt sätt i hela landet.

Multisjuka äldre ska om möjligt inte behöva åka runt mellan sjukhusens olika avdelningar för att få tillgång till rätt vård. Istället bör det finnas särskilda äldreavdelningar på sjukhusen eller andra system för omhändertagande där äldre kan få tillgång till vård från olika medicinska specialiteter. Äldre och multisjuka människor slussas ofta mellan kommuner och landsting och kan ibland hamna i kläm när avvägningar kring vårdbehovet görs. Olika lösningar för att helt komma bort från akutbesök eller korta vårdtiden på sjukhus kommer att innebära minskade kostnader för samhället och minskat lidande för den enskilde.

Det finns stora behov av mer personal inom äldreomsorgen för att kunna ge möjlighet till ett rikt liv. En förutsättning för omsorg av hög kvalitet är

Fel! Okänt namn på

kontinuitet, tillräckliga resurser och att äldreomsorgen är en attraktiv arbetsgivare. Medan ett heltidsarbete är en självklarhet för de flesta män tvingas fortfarande kvinnor ofta acceptera ett deltidarbete och en lön som det inte går att försörja sig på. Det gäller bland annat inom vård- och omsorgssektorn. Totalt i arbetslivet arbetar cirka 200 000 ofrivilligt deltid och en majoritet av dessa är kvinnor inom LO-kollektivet. Som deltidsanställd har man förutom lägre inkomst ofta ett lägre deltagande i planeringen av arbetet och ett mindre inflytande över arbetet och arbetets förläggning. Forskningen visar också att risken för sämre hälsa är högre bland deltidsarbetande. Ett modernt arbetsliv kräver en anpassning till människors livssituation och förutsättningar. Det är viktigt att skapa incitament och verktyg för att många fler ska få heltidstjänster. Här spelar arbetsmarknadens parter en viktig roll. Heltidsarbete bör vara en norm på arbetsmarknaden; heltid ska vara en rättighet och deltid en möjlighet. Det finns goda exempel inom kommuner och landsting runtom i landet där man har beslutat att föreslå att kollektivavtal tecknas enligt principen heltid en rättighet – deltid en möjlighet. Varje arbetad timme behövs. Den som vill gå upp i arbetstid ska ges möjlighet till det. Vi vill därför få till stånd en lagstiftning om rätt till heltid. Att vården kan erbjuda heltid som norm ger ökad kontinuitet för vårdtagarna och ökad trygghet för personalen och kan därför bidra till ökad kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Personalens kompetensnivå är en av de viktigaste nycklarna för att höja kvaliteten. Inom äldreomsorgen vill vi införa en lägsta kompetensnivå för att alla få arbeta med sköra äldre, det är ett ansvarsfullt och viktigt jobb som inte vem som helst kan anförtros.

Vi vill även göra det möjligt för undersköterskor att gå vidare och specialisera sig till exempelvis rehabiliteringsundersköterska eller demensundersköterska. Dessa specialiseringar bör vara nationella. Det behövs också fler specialistutbildade sjuksköterskor för att arbeta med äldre och sköra patienter och det behövs fler geriatriker. Det kräver att det utbildas fler geriatriker för att tillgången blir lika god för äldre oavsett var i landet de bor. Geriatrik, gerontologi och demenskunskap bör ingå på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har i granskningar av äldreomsorgen påpekat att den fortsatt låga andelen omvårdnadspersonal med vårdutbildning inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen och att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet av yrkeskompetent omvårdnadspersonal och förbättra förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna. Vi delar den uppfattningen. Den socialdemokratiska regeringen satsade under tre år en dryg miljard på Kompetensstegen för anställda inom äldreomsorgen. Satsningen har varit mycket lyckad. Tyvärr var den borgerliga regeringen i flera år passiv när det gäller kompetensutveckling i äldreomsorgen. Först efter flera år ersattes Kompetensstegen av en liknande satsning. Ytterligare åtgärder behövs dock både för att kompetensutveckla befintlig personal och rekrytera ny personal. Vi står inför mycket stora pensionsavgångar, vilket ökar trycket på att rekrytera ny personal. Intresset för att söka gymnasial vårdutbildning har sjunkit dramatiskt och intresset måste öka betydligt om personalbehovet i äldreomsorgen ska kunna täckas på sikt. Vi har i vårt budgetförslag fler platser i komvux och yrkesvux som

möjliggör rätt utbildad personal. Om vi ska klara personalförsörjningen inom välfärden behöver breda insatser genomföras. Viktigast är att ge anställda möjlighet till heltid och fast anställning, men insatser behöver även göras för att locka unga att välja en framtid inom välfärdsjobben.

Det förebyggande arbetet måste ges högre prioritet. Ett exempel är benskörhet. I Sverige inträffar varje år över 70 000 frakturer som beror på benskörhet. Vårdkostnaderna är höga och det årliga antalet vård dagar är fler än för exempelvis hjärtinfarkt eller bröstcancer. Kvinnor löper störst risk att drabbas och hela 50 procent av Sveriges kvinnor över 50 år kommer någon gång att råka ut för en eller flera benskörhetsrelaterade frakturer. Benskörhet är enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) en underbehandlad sjukdom. 30 procent blir helt återställda efter t.ex. en benskörhetsfraktur på lårbenshalsen, 50 procent får bestående handikapp och 20 procent avlider. Många äldre blir sängliggande på grund av benbrott och drabbas ofta av följsjukdomar såsom lunginflammation och blodpropp. Sjukdomen måste förebyggas så att färre får frakturer på grund av benskörhet. Det finns idag flera system för att bedöma vilka personer som är i riskzonen. I Göteborg kommer man att i samband med mammografi be patienterna att fylla i en blankett (FRAX) från vilken man kan bedöma vilka som riskerar att drabbas av benskörhet. I Halland påbörjas ett försök att låta kvinnor som gör mammografi samtidigt ta en handröntgenbild med hjälp av modern svensk röntgenteknik. Handröntgen ger en god prognos om risken att drabbas av benskörhet. Dessa metoder bör prövas av fler landsting i syfte att minska utbredningen av denna smärtsamma och dyra sjukdom.

18. Insemination för ensamstående

Barn lever i många olika slags familjer. En del lever med två biologiska föräldrar av olika kön, andra med en biologisk förälder och en bonusförälder, andra har föräldrar av samma kön och många lever med en ensamstående förälder. Barn har familjereaktioner inte bara med en familj utan ofta med flera, barn lever i olika familjekonstellationer under olika delar av livet. Det är fantastiskt positivt att så många barn får möjlighet att utveckla långa och nära relationer till sina föräldrar men också får möjlighet att utveckla fler viktiga familje- eller familjelika relationer. Den generella välfärdspolitiken, väl utbyggd barnomsorg av hög kvalitet liksom stöd och skydd för barn i vårt samhälle har bidragit till detta.

Få vuxna vill avstå från att uppleva glädjen att bli förälder och det spännande livet tillsammans med barn. Men ibland blir det ingen graviditet trots många försök och ibland tar livet en sådan vändning att man inte har någon partner när barnlängtan är stark.

Enligt svensk lag får inte sjukvården hjälpa ensamstående kvinnor att skaffa barn genom assisterad befruktning. Ensamstående kan bli föräldrar till adoptivbarn, men inte genom assisterad befruktning i Sverige. Vissa kvinnor väljer därför att adoptera medan andra har en stark längtan efter att själv föda ett barn och därför vänder sig till en klinik i ett annat land.

Fel! Okänt namn på

I dag är det bara kvinnor som lever i en parrelation, olikkönad eller samkönad, som har möjlighet att få tillgång till assisterad befruktning i Sverige. Dock är det vanligt att ensamstående kvinnor söker behandling på klinik i till exempel Danmark (men också andra länder), vilket gör att det redan i dag finns många barn i Sverige som tillkommit genom assisterad befruktning av ensamstående kvinnor. Vi anser att ensamstående kvinnor bör få tillgång till assisterad befruktning. Det finns en bred uppslutning bland riksdagens partier om detta krav. Det är olyckligt att övriga borgerliga partier tillåter Kristdemokraterna att blockera frågan. Det finns ingen anledning att tro att de barn som tillkommit genom assisterad befruktning av en ensamstående kvinna skulle få dåliga uppväxtvillkor, mindre kärlek eller sämre uppfostran.

En bred majoritet i riksdagen beslutade den 29 mars 2012 att ge regeringen i uppdrag att skyndsamt återkomma med ett lagförslag till riksdagen som innebär att ensamstående kvinnor ska få rätt till assisterad befruktning. Vi förutsatte att regeringen skulle hörsamma riksdagens tillkännagivande och skyndsamt återkomma med ett lagförslag i frågan. Regeringen har dock valt att fortsätta att dra ut på frågan. Först 19 juni 2013 blev direktiven till en utredning klara. Utredningen ska, i denna del, vara klar i maj 2014. Detta betyder att det inte kommer att presenteras någon proposition under mandatperioden trots att riksdagen i bred enighet kommit överens 2,5 år innan valet. Vi är starkt kritiska till regeringens sätt att behandla frågan. Uppenbarligen finns det inte enighet mellan de fyra borgerliga partierna om ställningstagandet i riksdagen 2012 att stödja ett lagförslag.

19. Ekonomiskt bistånd

Socialtjänstlagens regler om ekonomiskt bistånd (socialbidrag) är en del av samhällets trygghetssystem, ett yttersta skyddsnät vid tillfälliga försörjningsproblem. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt ska kunna försörja sig på egen hand. Orsakerna till den enskildes försörjningsproblem varierar, vanligast är arbetslöshet men det kan också vara sjukdom, överskuldssatthet eller ibland missbruksproblem som gjort att ekonomin raserats.

Behovet av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) halverades i det närmaste under en tioårsperiod efter 1997, då utbetalningarna under 90-talskrisen nådde sin högsta nivå. Men utvecklingen efter 1997 med allt lägre utbetalningar bröts under den förra mandatperioden och kostnaderna har successivt börjat öka igen från 2007. Lågkonjunktur kombinerat med en ineffektiv jobbpolitik och fördelningspolitik från den borgerliga regeringen har lett till en försämrad utveckling för dem som har små ekonomiska marginaler. Ungdomsarbetslösheten är hög jämfört med andra länder. Regeringens försämringar av a-kassesystemet och sjukförsäkringen har också urholkat trygghetssystemen och förvärrat situationen. Många som är arbetslösa har inte ersättning från arbetslöshetsförsäkringen (a-kassan).

Under 2012 betalade kommunerna ut 10,6 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd. Det är en ökning med 2 procent jämfört med 2011, beräknat på fasta priser.

År 2012 fick 225 000 hushåll ekonomiskt bistånd, vilket är oförändrat jämfört med 2011. 5,7 procent av alla hushåll i befolkningen fick bistånd 2012. Biståndshushållen domineras av ensamhushåll, där män utan barn är den största gruppen. Ensamstående kvinnor med barn är dock den hårdast drabbade gruppen bland de olika hushållstyperna. År 2012 fick 23 procent av de ensamstående mödrarna ekonomiskt bistånd. 7 procent av Sveriges barn bor i hushåll som får ekonomiskt bistånd, varav 2,7 procent finns i familjer som får långvarigt bistånd (minst 10 månader under året). Den genomsnittliga bidragstiden per hushåll var 6,6 månader under 2012.

Sammantaget fick 4,2 procent av befolkningen ekonomiskt bistånd 2012. Under året fanns 400 000 biståndsmottagare, varav 268 000 var vuxna och 132 000 barn. Antalet vuxna biståndsmottagare minskade med 13 000 mellan 2011 och 2012, mest beroende på att personer i hushåll med endast introduktionsersättning inte längre ingår i statistiken.

Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn, sett till samtliga hushållstyper i befolkningen. Socialstyrelsen pekar på att några förklaringar till detta kan vara att ensamstående kvinnor, i sin egenskap av ensamstående föräldrar, ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst, har begränsade möjligheter att arbeta heltid, inte får ekonomiskt stöd från barnets pappa, och därmed har en mer sårbar ekonomisk situation.

Andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt (10–12 månader) eller mycket långvarigt (tre år eller längre) ekonomiskt bistånd har ökat med 2,6 respektive 2,7 procentenheter till 34,3 respektive 21,3 procent. Andelen långvariga biståndsmottagare är högst i storstadslänen.

De vanligaste skälen till att personer som har behov av ekonomiskt bistånd inte kan försörja sig är arbetslöshet och sjukdom. Enskilda personers behov av ekonomiskt bistånd beror alltså till stor del på strukturella faktorer i samhället, till exempel hur situationen på arbetsmarknaden ser ut och hur trygghetssystemen är utformade. Socialstyrelsens öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 visar att människor som har tappat fotfästet på arbetsmarknaden riskerar att gå miste om stöd, hjälp och insatser från samhället på grund av otillräcklig samverkan mellan myndigheter och otydligheter i hur ansvaret ska fördelas mellan dem. Grundläggande är dock att samhället åter kan erbjuda en a-kassa och sjukförsäkring som ger rimligt skydd mot arbetslöshet och sjukdom. Den borgerliga regeringen har systematiskt försämrat villkoren för dessa människor. Resultatet är negativt för samhället som helhet och ofta en tragedi för de individer som drabbas.

För att komma till rätta med den negativa utvecklingen när det gäller utvecklingen av ekonomiskt bistånd borde regeringen inrikta sig på att bedriva en aktiv jobbpolitik och ompröva sin hittillsvarande strategi för att skapa fler jobb (regeringens olika skattesänkningar för att skapa fler jobb har visat sig inte fungera), dels förbättra de ekonomiska trygghetsnäten vid arbetslöshet och sjukdom och dels stimulera kommunernas arbete med att ge rätt stöd till de människor som har ekonomiskt bistånd.

Regeringen anslår 41 miljoner 2014 för införande av en fritidspeng för barn i familjer som haft ekonomiskt bistånd under sex månader eller längre. Fritidspengen ska uppgå till högst 3 000 kronor per barn och år och ska täcka

Fel! Okänt namn på

utgifter för deltagande i kontinuerliga fritidsaktiviteter. Regeringen avser att utreda hur fritidspengen närmare ska regleras. Av de uttalanden som gjorts framgår dock att idén är att fritidspengen utbetalas mot uppvisande av kvitto på faktiska kostnader. Vi är emot den utformningen av förslaget, som i sig är utpekande (stigmatiserande), och föreslår istället att försörjningsstödsnormen för berörda familjer höjs med motsvarande belopp. Vi är också helt emot regeringens finansiering som innebär att satsningen tas från stimulansbidraget till äldreomsorgen (anslag 4.5). Vi vill istället att satsningen på 41 miljoner (anslag 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*) finansieras genom att stimulansbidraget (på anslag 1:6) för att öka användningen av LOV i specialistsjukvården slopas.

Kommunernas arbete med ekonomiskt bistånd ställer stora krav på en snabb handläggning. Personalen måste göra svåra bedömningar och utsätts ofta för påtryckningar från enskilda. Det krävs både erfarenhet och särskild kunskap inom en rad områden för att kunna utföra arbetet på bästa möjliga sätt. Det är dock vanligt att det är nyutexaminerade socionomer som arbetar med ekonomiskt bistånd, det vill säga att de inleder sin yrkesbana med detta arbete. Det innebär att de inte har hunnit skaffa sig erfarenhet i yrket och alltså har ett särskilt stort behov av stöd och vägledning i arbetet. Även mer erfaren personal behöver självfallet stöd och handledning. Att handläggarna har en stödjande arbetsledning samt tillräckligt med tid och resurser är därför en av flera förutsättningar för att säkerställa att verksamheten bedrivs rättssäkert och jämlikt. Det är också en förutsättning för att kunna hantera frågan om hot och våld som drabbar denna yrkeskår. Om välutbildade ska fortsätta att attraheras av socialt arbete och vilja arbeta kvar på sina tjänster krävs medvetna insatser för att ge personalen bra förutsättningar att göra ett professionellt arbete.

20. Barnfattigdom

Den relativa barnfattigdomen har ökat under lång tid, i takt med att inkomstskillnaderna har ökat i det svenska samhället. Den absoluta barnfattigdomen har däremot länge minskat, men denna trend verkar nu ha vänt. Sedan början av 1980-talet har vi sett en trendmässig ökning av inkomstskillnaderna i Sverige. Men under den första borgerliga mandatperioden åren 2007–2010 kan vi notera ett trendbrott. Det handlar inte längre bara om ökade inkomstskillnader, utan den fattigaste tiondelen förlorade inkomster och de fattiga barnen verkar ha blivit fler. Mest ökar fattigdomen bland barn med utländsk bakgrund, barn till ensamstående föräldrar och barn vars föräldrar inte har gymnasiekompetens.

I grunden är barnfattigdomen ett arbetsmarknads- och utbildningsproblem. Det finns strukturella orsaker till att arbetsmarknaden har förändrats, vilket betyder att den som för några decennier sedan hade haft relativt enkelt att få jobb, idag har det mycket svårare. Låg utbildning hos föräldrarna ökar risken för barnfattigdom markant därför att dagens arbetsmarknad ställer högre krav.

Fel! Okänt namn på

Kvinnors sysselsättning har också minskat och sysselsättningen för kvinnor med utomeuropeisk bakgrund är så låg som 50 procent. Bland kvinnor i arbetaryrken har bara hälften en heltidsanställning i grunden innan de får barn, vilket betyder att det kan vara svårt att öka arbetstiden och inkomsten när barnen blir lite äldre.

I utsatta och resurssvaga storstadsområden är barnfattigdomen som högst, därför att föräldrarna har stora problem att komma in på arbetsmarknaden. Det handlar dels om att man har lägre utbildning än i andra områden, men också om bristen på kontakter och sociala nätverk. Givet dessa arbetsmarknadsproblem ser vi också att ökningen av barnfattigdomen under de senaste åren verkar handla om förändringar i trygghetssystemen, men också att bidragen blivit mindre värda i relation till ökade levnadskostnader.

Kompensatoriska insatser är också viktiga för utvecklingen av barnfattigdomen. Bra exempel på det är en förskola och skola som stärker alla barn, men även deltagande i föreningsliv och fritidsaktiviteter. En jämlik utbildning är inte bara viktig för de enskilda barnens skull utan för den samlade tillväxten och en kunskapsnation som Sverige har inte råd att lämna en stor del av barnen utanför. Forskningen tyder på att förskolan kompenserar resurssvaga barn mer än exempelvis högstadieskolan och gymnasiet, men idag har barn till föräldrar som lever på försörjningsstöd inte samma rätt till förskola som andra barn, trots att de har minst lika stort behov av den.

Den svenska fattigdomsbekämpande politiken har länge varit framgångsrik genom att inte selektivt fokusera på särskilda stödsystem för fattiga, utan för breda inkluderande välfärdslösningar för alla grupper. Men det bygger på att människor kommer in på arbetsmarknaden och kvalificerar sig för ersättning vid arbetslöshet eller sjukdom, vilket allt färre gör. Den borgerliga regeringens politik har gått ut på att ytterligare försvåra för människor att kvalificera sig till försäkringarna. Det leder inte till fler jobb, däremot till fler ekonomiskt utsatta familjer.

När det gäller barnfattigdomen handlar den stora utmaningen om att människor som idag har en svag anknytning till arbetsmarknaden måste få jobb – samtidigt som vi säkerställer en rimlig levnadsstandard för alla barn. Arbetet berör många olika politikområden.

Några viktiga utgångspunkter för samhällets insatser:

- ? Arbete är avgörande för att minska barnfattigdomen. Det behövs fler jobb, men också utbildning, stöd och barnomsorg på obekvämt arbetstid så att arbetslösa kan matchas med de jobb som finns.
- ? Alla barn har rätt till en god uppväxt. Det gäller att säkra att även barn till föräldrar som står utanför arbetsmarknaden har en rimlig levnadsstandard.
- ? Den generella välfärdspolitiken med försäkringssystem är viktig, men fler än idag behöver omfattas av dem och av rimliga ersättningsnivåer.
- ? Ekonomiskt utsatta barn behöver mer och bättre kompensation utanför hemmet i form av en bra förskola, skola och fritidsaktiviteter utan höga avgifter.

Fel! Okänt namn

21. Överskuldssatthet

Antalet överskuldssatta i vårt land är stort. Ingen vet hur många barn som lever med föräldrar som är så kallade evighetsgäldenärer. Vi vet bara att det är ett stort problem. Överskuldssättning är ett allvarligt samhällsproblem. Överskuldssatta människor löper ökad risk att slås ut socialt och har som grupp mer somatiska och psykiska sjukdomar än befolkningen i övrigt.

Kommunerna har en viktig roll när det gäller budget- och skuldrådgivning. Kronofogden har också en betydelsefull roll för att hjälpa skuldssatta som får sin första skuld lämnad till kronofogden för indrivning att inte återkomma med nya skulder. Information om konsekvenserna av skuldsättning gör att en klar majoritet av dem som fått informationen inte återkommer med nya skulder. Under 2012 sökte drygt 9 000 personer skuldsanering, vilket var en ökning med sju procent jämfört med 2011. Ungefär två av tre ansökningar om skuldsanering godkänns.

Snabblånen är en företeelse som socialtjänsten och Kronofogdemyndigheten uppmärksammat i olika sammanhang. Kronofogden studerar sedan snabblånen lanserades i Sverige antalet ärenden rörande obetalda snabblån. Under 2012 inkom nästan 54 000 ärenden, vilket motsvarar en ökning med 62 procent jämfört med 2011. Ungdomar stod för drygt vart femte ärende. Orsakerna är bland annat en aggressiv marknadsföring. Den nya konsumentkreditlagen har inte inneburit den åtstramning man hoppats på, och trots domslut om att företagen inte får marknadsföra sig med snabbhet som argument finns företag som jobbar precis så. Kronofogden har föreslagit att reglerna skärps ytterligare och att Finansinspektionen får ett tillsynsansvar.

Många kommuner klarar inte av att ge överskuldssatta hjälp inom rimlig tid. Enligt en rapport från Konsumentverket 2013 kunde 76 procent av de kommuner som har budget- och skuldrådgivning leva upp till Konsumentverkets krav om högst en månads väntetid. Väntetiden för att komma i kontakt med budget- och skuldrådgivning varierar från ingen kö alls till drygt ett år. Medelväntetiden bland de 287 kommuner (av 290) som har budget- och skuldrådgivning är nästan sex veckor jämfört med drygt fem veckor förra året.

Samhället kan aldrig överta den enskildes ansvar för sina beslut och sin ekonomi. Men samhället kan se till att det finns ett rimligt regelverk på olika områden för att minska sociala problem. Problemet med överskuldssatthet kräver ytterligare initiativ från samhällets sida, bland annat när det gäller sms-lån, telefonlån och andra snabblån. Sammanfattningsvis kan konstateras att 2007 års insolvensutredning lagt fram välgrundade förslag till lösningar för hårt överskuldssatta personer. Regeringen avvisade dock stora delar av förslaget. Efter påtryckning från oppositionen har regeringen beslutat att tillsätta en särskild utredare som ska föreslå åtgärder som förbättrar möjligheterna för dem som har rätt till skuldsanering att också få det. Kravet på kvalificerad insolvens och längden på betalningsplanen ska utredas och redovisas senast den 1 oktober 2013.

22. Spelberoende

Spel där man kan vinna pengar är en mycket omfattande verksamhet i de flesta länder. Den reglerade svenska spelmarknaden omsätter över 40 miljarder om året. Vi lägger alltså ner lika mycket pengar på spel som på försvaret. Utöver den reglerade spelmarknaden förekommer ett omfattande spel på sajter som ägs av bolag som inte har tillstånd i Sverige. Deras marknadsandelar är (enligt Svenska Spel) cirka tio procent av den totala kända spelmarknaden. Spelintäkter står för en inte ringa del av finansieringen av olika ideella ändamål och har stor betydelse i föreningslivet. För de flesta människor är spel ett roligt och hanterbart nöje men en del människor utvecklar ett alltför starkt spelande. Det leder till skuld och lögn inför familj, vänner och närstående samt i slutändan ekonomiska problem.

Sveriges moderna spelhistoria inleddes med Penninglotteriet i slutet av 1800-talet men ända sedan 1200-talet har spel varit omgärdade med olika lagar just på grund av riskerna för den som spelar och risken för bedrägerier och fusk när det är så mycket pengar inblandade. Att förbjuda spelandet i vårt samhälle är helt orealistiskt. Spel har alltid funnits, frågan är hur samhället reglerar spelandet. Det råder dock ingen tvekan om att marknadsföringen av spel har blivit allt intensivare och lättillgängligare (internet) den senaste 20-årsperioden. Antalet spelformer ökar och spelen blir mer snabba och interaktiva. Det betyder dock inte att spelandet har exploderat. Tvärtom har spelutgifterna per person legat still sedan 1970 på cirka två till tre procent av disponibel inkomst. Men andelen spelare i befolkningen har sjunkit på 10 år från 90 till 73 procent vilket betyder att de som spelar gör det i större omfattning än tidigare.

Det är också rimligt att politiken på olika sätt försöker begränsa tillgängligheten till spel, inte minst för minderåriga. Problem med spelandet har cirka två procent av befolkningen. Denna siffra är ganska konstant över tiden. 75 procent av alla problemspelare förändrar sina spelvanor varje år till det bättre men lika många nya problemspelare tillkommer. Bland dem som får spelproblem är ungdomar, personer med låg socioekonomisk status och etniska minoriteter överrepresenterade. Det finns också fler lagliga spelautomater (enarmade banditer) i socioekonomiskt utsatta områden. Män spelade tidigare mer än kvinnor men detta mönster börjar suddas ut och bland nya problemspelare är det nu lika många kvinnor som män.

Samhället bör hjälpa problemspelare. Det tjänar hela samhället på. Det handlar både om att reglera spelmarknaden på ett klokt sätt men också om hjälp till spelberoende att kunna sluta eller dra ner på sitt spelande. När detta görs måste forskning användas som grund istället för att spel frågan blir ett ”tycka till”-område där man planlöst för fram en massa åsikter. Forskningens resultat motsvarar inte alltid vanliga föreställningar om hur sambanden är. Det finns till exempel inget stöd för att informationskampanjer till en bred allmänhet eller till ungdomar har en förebyggande effekt. De kan dock leda till att fler personer med spelproblem söker hjälp. Däremot finns det stöd i forskningen för att begränsa tillgången till alkohol i spelmiljöer. Att begränsa spelhastigheten hos spelautomater har också effekt liksom begränsningar av

Fel! Okänt namn på

möjligheten att spela på kredit. Även obligatoriska pauser vid automatspel bidrar till att bryta långa spelsessioner och kan ha effekt.

När det gäller vård och hjälp till spelberoende behövs mycket mer forskning. Det är högst oklart vad som fungerar och vad som inte fungerar. Risken är stor att hjälp till spelberoende blir verkningslösa insatser till hög kostnad. Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska symptom på spelberoende men om det finns långtidseffekter vet vi inte. När det gäller olika psykologiska behandlingar finns det tecken på att Motiverande samtal (MI) kan minska omfattningen av spelande och penningförluster men i övrigt saknas underlag att dra slutsatser.

Det behövs mycket mer forskning om vad som hjälper och vad som inte hjälper när det gäller spelreglering och vårdinsatser. Det är dags att stärka forskningen på detta område. En idé att pröva är att undersöka förutsättningarna för att låta de outhämtade vinster på 25 miljoner kronor årligen som Svenska Spel har gå in i en särskild forskningsfond som administreras av det statliga forskningsrådet FAS. Då kunde personer också göra ett medvetet val att inte hämta ut småvinster och därigenom veta att pengarna gick till forskning.

Hjälp åt personer med spelmissbruk måste ges en högre politisk legitimitet. Vi vill att regeringen ser över om socialtjänstens åtagande ska preciseras när det gäller spelmissbruk. Det skulle i så fall kräva en ändring av socialtjänstlagen. Vi ser positivt på att Socialstyrelsen ska ta över ansvaret för spelmissbruk från Folkhälsoinstitutet och att de undersöker om spelmissbruk ska jämföras med andra former av missbruk. Det ökar möjligheterna att fler ska kunna erbjudas vård.

23. Hemlöshet

Hemlöshet är inte värdigt ett modernt välfärdssamhälle. Samhällets insatser har inte varit tillräckliga. Ambitionen måste vara att ingen ska vara hemlös. Insatserna för att bekämpa hemlösheten måste intensifieras. Arbetet måste handla om två olika perspektiv, dels att se till att de som idag är hemlösa kan få ett värdigt boende och dels att förhindra att fler hamnar i hemlöshet.

Hemlöshet är ett yttersta uttryck för social utsatthet. Att ha någonstans att bo är en grundläggande välfärdsfråga. Hemlöshet är ett problem i Sverige som ökar. Socialstyrelsens senaste riksomfattande kartläggning av hemlöshetens omfattning är från 2011. Det finns förändringar i hur man redovisar som försvårar jämförelser med den föregående mätningen 2005, men enligt Socialstyrelsen har hemlösheten ökat i alla hemlöshetssituationer sedan mätningen 2005.

Sammanlagt har cirka 34 000 personer i 2011 års undersökning inrapporterats som hemlösa eller utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden under mätveckan. Kvinnornas andel ökar och är nu 36 procent. Av de hemlösa personerna befann sig cirka 4 500 personer i akut hemlöshet, varav 280 sov ute eller i offentliga utrymmen. 4 000 personer vistades på institution/kategori-boende. 13 900 personer bodde i långsiktiga boendelösningar (försökslä-

genheter, träningslägenheter, sociala kontrakt med mera) och 6 800 personer i eget ordnat, kortsiktigt boende.

Kartläggning av hemlöshetens omfattning är viktigt men måste följas av handling. Hemlöshet utgör en svår livssituation som ofta, men inte alltid, är kopplad till en psykosocial sjukdomsbild och en missbruksproblematik. Även om den generella välfärdspolitiken, med fler bra och billiga bostäder, förstärkt stöd till arbete och rehabilitering och en väl fungerande vård, är viktigast för att förebygga och förhindra hemlöshet så räcker inte det. Det behövs också specifika sociala och andra insatser. Hemlösa är ingen homogen grupp utan varje individ behöver sin specifika väg tillbaka.

Regeringen har misslyckats med sin politik mot hemlöshet. Den nationella strategin som togs fram 2007 är alltför vag och har tyvärr inte visat sig vara något effektivt redskap för att samordna samhällets riktade insatser för att bekämpa hemlöshet. Regeringens försämringar av sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen har urholkat samhällets grundläggande ekonomiska skyddsnet. Regeringens passiva bostadspolitik har förvärrat situationen.

Det finns uppseendeväckande många barnfamiljer bland dem som vräks från sin bostad. Vanligaste orsaken till vräkning är hyresskuld. Regeringens mål i hemlöshetsstrategin från 2007 om noll vräkningar av barnfamiljer inom två år har inte på något sätt infriats. Förverkligandet av målet är fortfarande långt borta. Den arbetsgrupp Socialdepartementet självt tillsatte 2010 för att titta på frågan klagade offentligt vid årsskiftet 2011/12 på att regeringen inte agerar i frågan. Under det första halvåret 2013 berördes 251 barn av en verkställd vräkning. Vräkningar med barn inblandade förekom i 79 av landets kommuner. Det är ett oerhört stort ingrepp i en ung människas liv när familjen vräks från sin bostad. De kompisar och det nätverk man bygger upp som barn försvinner. Det är också förknippat med mycket skam och ibland rena tragedier. Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer för hur kommunerna ska förhindra att barnfamiljer vräks. Rekommendationerna handlade bland annat om att snabbare hitta familjer som hotas av vräkning och direkt hjälpa dem med till exempel ekonomisk rådgivning. Inga barn ska behöva tvingas bort från sina hem. För att hindra att barnfamiljer vräks och hamnar utanför den ordinarie bostadsmarknaden är det viktigt att kommunerna arbetar förebyggande. Trots det saknar sex av tio kommuner en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur socialtjänsten ska förhindra att barnfamiljer vräks. Det framkommer av Socialstyrelsens öppna jämförelser av hur kommunerna år 2011 arbetade mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten 2011 visade att cirka 13 900 personer rapporterades in som hemlösa i den kategori som motsvarar den sekundära bostadsmarknaden. I dessa boendelösningar finns den största andelen kvinnor, cirka 54 procent, och 5 600 är föräldrar till barn som är 18 år eller yngre. Kvinnors behov behöver uppmärksammas mer än vad som hittills varit fallet. Många lösningar har av tradition utformats med en ensamstående man som norm. På den sekundära bostadsmarknaden befinner sig också en stor andel barnfamiljer och personer med utländsk bakgrund.

Fel! Okänt namn på

Barn ska alltid prioriteras. Det finns regler om att en hyresvärd skriftligt ska meddela socialtjänsten när en barnfamilj hotas av vräkning. Socialtjänsten ska omedelbart utse en handläggare som kontaktar hyresvärderna och familjen som är uppsagd. Familjen ska ges den ekonomiska rådgivning eller de sociala insatser som behövs. Men i verkligheten fungerar inte detta alltid. Socialtjänsten får fortfarande i allt för många fall för sen information eller ingen information alls om att en barnfamilj ska vräkas bland annat för att informations-skyldigheten inte täcker alla situationer. I en del fall leder också brister i kommunens hantering och rutiner till att åtgärderna uteblir. Socialtjänsten måste handla snabbt och aktivt, särskilt när det är barn inblandade. Barnombudsmannens granskning av situationen i olika kommuner visade på stora skillnader. Några av dem har ett dokumenterat förebyggande arbete när det gäller vräkningar och antalet barn som vräks är lika med noll. I andra kommuner går utvecklingen åt fel håll. Enligt 2013 års budgetproposition hade 39 procent av kommunerna rutiner för ett förebyggande arbete med målsättningen att förhindra vräkning av barnfamiljer. Det är en låg siffra. Att upprätta särskilda kommunala handlingsplaner för att förebygga och motverka vräkningar och hemlöshet har visat sig vara ett effektivt sätt att utveckla och samordna arbetet. En handlingsplan kan till exempel omfatta rutiner för ett aktivt och organiserat uppsökande arbete, reglera hur parterna ska samverka och hur socialtjänstens interna rutiner ska se ut med ett särskilt ansvar för barn (även umgängesbarn) som riskerar vräkning. Det skall vara ett krav att fastighetsägaren/hyresvärderna anmäler samtliga vräkningar till socialtjänsten i kommunen innan vräkningen verkställs. Om det finns barn i hemmen är anmälan extra viktig. Socialtjänsten ska då ha mottagit anmälan, aktiverat ärendet och getts rimlig tid för agerande.

För hemlösa med en social problematik i bagaget behövs ofta en personlig kontaktperson som hjälper till i kontakten med sjukvård, myndigheter och hyresvärdar. Alla hemlösa som vill ha ett eget boende bör få den möjligheten ordentligt prövad och dessutom en vårdplan med avgiftning, boende och efterbehandling. Det bör även prövas om det i Socialtjänstlagen behövs förtydliganden av kommunernas ansvar för att motverka hemlöshet samt skyldighet att ha en uppsökande verksamhet för att möta de hemlösas behov av insatser för vård, boende, avgiftning och efterbehandling. Samverkan mellan kommunernas och landstingens olika verksamhetsområden är viktiga inom både socialtjänst och sjukvård.

Det behövs ett brett spektrum av lösningar och modeller i arbetet mot hemlöshet. Individer är olika och har olika problematik. Varje individ behöver sin specifika väg tillbaka. Insatserna ska utgå från individens behov. Fortfarande dominerar ”trappstegsmodellen” där individer med omfattande problematik successivt kan ta mer ansvar och så småningom slussas ut i ordinarie boende. Ett försök att angripa problemen från en annan utgångspunkt är ”Bostad först”-modellen som betonar att individen först behöver en fast bostad för att kunna tillgodogöra sig de andra insatser som kommunen erbjuder. Individen slipper i ”Bostad först”-modellen flytta upprepade gånger för att kvalificera sig för ett bättre boende, vilket är fallet med trappstegsmodellen. Runt om i landet pågår ett antal försök med att introducera ”Bostad först” och satsning-

Fel! Okänt namn på

arna ska utvärderas för att säkra kvaliteten och mäta effekten av försöken. Det är viktigt att det finns ett nationellt engagemang som underlättar kunskaps-spridning och erfarenhetsutbyte om olika modeller och resultat.

Hemlöshet är inte enbart en social- och sjukvårdspolitisk fråga utan är också i högsta grad även en bostadspolitisk fråga. Varje kommun behöver någon form av organisation för att hjälpa den som söker bostad. Alla ska känna till hur och på vilka grunder de kan söka privata såväl som kommunala bostäder i en kommun.

Hemlöshet är också en fråga om villkoren för papperslösa personer i Sverige. Denna grupp ingår inte i den redovisade hemlöshetsstatistiken. Socialstyrelsen redovisar att viss forskning och mindre undersökningar uppskattar gruppen papperslösa till allt mellan 10 000 och 50 000 personer. I gruppen ingår enligt osäkra skattningar cirka 2 000–3 000 barn. Totalt inom EU uppskattas antalet papperslösa till mellan knappt tre och åtta miljoner personer. Papperslösa är hänvisade till den informella arbetsmarknaden för sin försörjning. Många saknar dock arbete eller har endast sporadiskt arbete. Papperslösa bor dessutom ofta trångt och under osäkra förhållanden. Stockholms Stadsmission påtalar i sin rapportering att detta innebär att stora delar av hemlösheten är dold. Den dolda hemlösheten består av EU/EES-medborgare som inte hittar arbete i Sverige men även av gruppen barn och unga som rymmer hemifrån samt de personer som är hemlösa en kortare tid och därför inte syns i statistiken. Socialstyrelsen har nu ett uppdrag av regeringen att uppskatta antalet hemlösa personer som är utrikes födda, som ett komplement till den nationella kartläggningen från 2011. I uppdraget ingår också att undersöka vilket stöd dessa personer erbjuds i dag, vilka behov de har samt om det finns människohandel inblandad. Samhällets framtida insatser mot hemlöshet måste även inbegripa denna vidgade problematik.

Stockholm den 3 oktober 2013

Lena Hallengren (S)

Christer Engelhardt (S)

Lennart Axelsson (S)

Gunnar Sandberg (S)

Ann Arleklo (S)

Catharina Bråkenhielm (S)

Meeri Wasberg (S)