

Motion till riksdagen 2017/18:3750

av **Emma Henriksson m.fl. (KD)**

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Innehållsförteckning | 1 |
| Förslag till riksdagsbeslut..... | 5 |
| Motivering | 12 |
| 1 En hälso- och sjukvård i världsklass | 14 |
| 1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde..... | 15 |
| 1.2 Vårdval även inom öppenvården | 17 |
| 1.3 Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare | 18 |
| 2 Århundradets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård | 18 |
| 2.1 Statligt huvudansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård | 18 |
| 2.2 Förbättringar på kort sikt | 20 |
| 2.3 Statligt ansvar för ökad och mer likvärdig tillgång till läkemedel | 21 |
| 2.4 Fortsatt satsning på regionala cancercentrum (RCC) | 22 |
| 2.5 Trygg vård nära dig genom investering i primärvården | 23 |
| 2.5.1 Ökad nationell samordning av primärvården..... | 23 |
| 2.5.2 Ökad tillgänglighet inom primärvården | 24 |
| 2.5.3 Förstärkt förebyggande arbete genom primärvården | 25 |
| 2.5.4 En mer tillgänglig missbruks- och beroendevård | 25 |
| 2.5.5 Rehabilitering..... | 26 |
| 2.6 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas | 26 |
| 2.7 E-hälsa | 27 |
| 2.7.1 E-hälsomyndigheten..... | 28 |
| 2.8 Läkare inom den kommunala hemsjukvården | 28 |
| 2.9 Ökad delaktighet – certifierade patienter..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 2.10 Återinför kömiljarden | 30 |
| 2.11 Vårdplatsgaranti inom sjukhusvården | 31 |
| 2.12 Kortare köer till akuten | 32 |
| 2.13 Patientansvarig läkare | 32 |
| 2.14 Hemtagningsteam | 33 |
| 2.15 Bättre förutsättningar för vårdpersonal..... | 34 |
| 2.16 Vårdserviceteam i vården och äldreomsorgen..... | 35 |
| 2.17 Fler utbildningsplatser för vårdpersonal | 36 |
| 2.18 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården | 36 |
| 2.19 En förbättrad förlossningsvård | 37 |
| 3 Flera missriktade satsningar från regeringen..... | 38 |
| 4 Apotek och läkemedel | 40 |
| 4.1 Förstärk apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan..... | 40 |
| 4.2 24-timmarsregeln vid distribution av läkemedel till apotek | 41 |
| 4.3 Översyn av generikasystemet | 41 |
| 5 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg..... | 42 |
| 5.1 En värdighetsgaranti i varje kommun..... | 43 |
| 5.2 Äldreboendegaranti..... | 43 |
| 5.3 Utökat investeringsstöd till byggande av äldreboenden | 44 |
| 5.4 Förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten | 44 |
| 5.5 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen | 45 |
| 5.6 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen | 45 |
| 5.7 Geriatriska centrum i tre regioner | 46 |
| 5.8 Satsning på de mest sjuka äldre | 46 |
| 5.9 Vård av och omsorg om demenssjuka – en ödesfråga..... | 47 |
| 6 Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga..... | 47 |
| 6.1 Satsning på första linjens sjukvård för barn och ungdomar | 48 |
| 6.2 En samlad barn- och ungdomshälsa och förstärkning av elevhälsan | 48 |
| 6.3 Förkortade väntetider till barn- och ungdomspsykiatri | 49 |
| 6.4 En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri | 50 |
| 6.5 Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan..... | 50 |
| 6.6 Vård av asylsökande med svåra trauman..... | 50 |
| 7 Anhörigvård..... | 50 |
| 7.1 Biståndsbedömning av anhörigas behov | 51 |
| 7.2 Rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg | 52 |
| 7.3 Vård av förälder (VAF-dagar)..... | 52 |
| 8 Tandvård för alla | 52 |

| | |
|---|----|
| 8.1 Tandhälsan bland barn och unga | 53 |
| 9 Möjliggörande av fler organdonationer..... | 53 |
| 10 Medicinsk-etiska frågor..... | 54 |
| 10.1 Nej till dödshjälp..... | 54 |
| 10.2 Värdig vård i livets slutskede | 56 |
| 10.2.1 Palliativ vård | 56 |
| 10.2.2 Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?..... | 56 |
| 10.2.3 Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet | 56 |
| 10.2.4 Hospice – hemlik vård i livets slutskede..... | 57 |
| 10.3 Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning..... | 57 |
| 10.3.1 Assisterad befruktning | 57 |
| 10.3.2 Mer forskning om barnen..... | 58 |
| 10.3.3 Surrogatmödraskap | 59 |
| 10.4 Abort..... | 60 |
| 10.5 Etiska dilemman för personal i vården | 62 |
| 10.6 Ungdomsmottagningar och preventivmedel..... | 62 |
| 10.7 Fosterdiagnostik..... | 63 |
| 11 Folkhälsofrågor..... | 64 |
| 11.1 Förebygg ohälsa..... | 64 |
| 11.2 Nationell strategi för astma och allergi..... | 65 |
| 11.3 Alkohol, narkotika och tobak | 65 |
| 11.3.1 En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik | 66 |
| 11.3.2 Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol | 66 |
| 11.3.3 Tobak och passiv rökning | 67 |
| 11.3.4 Tobaksanvändning bland ungdomar | 68 |
| 11.3.5 Narkotika..... | 68 |
| 11.3.6 Missbruksvård..... | 69 |
| 12 Föräldrastöd..... | 70 |
| 12.1 Föräldrautbildning | 70 |
| 12.2 Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar | 71 |
| 12.3 Familjecentral och öppen förskola..... | 72 |
| 13 Social omsorg och socialtjänstfrågor..... | 72 |
| 13.1 En nationell krissocialjour | 73 |
| 13.2 Lämpligt boende och gode män för ensamkommande barn och unga | 75 |
| 13.3 Barn som inte längre kan bo hemma | 75 |
| 13.4 Stärk socialsekreterarens kompetens och ansvar | 77 |
| 13.5 Förbättrade förutsättningar för barn i samhällets vård | 78 |
| 13.6 Undvik omplacering av barn | 79 |

| | |
|---|----|
| 13.7 Överväg vårdnadsöverflyttning oftare | 79 |
| 13.7.1 Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras..... | 80 |
| 13.8 Barn som har utsatts för brott | 80 |
| 13.8.1 Fler barnahus..... | 80 |
| 13.8.2 Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas..... | 80 |
| 13.8.3 Förebygg övergrepp mot barn..... | 81 |
| 13.9 Barn i ekonomisk utsatthet | 81 |
| 13.9.1 Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer..... | 81 |
| 13.9.2 Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi..... | 81 |
| 13.10 Familjerättsliga frågor | 82 |
| 13.10.1 Vikten av samarbetsamtal vid separation..... | 82 |
| 13.10.2 Lagen om gemensam vårdnad..... | 82 |
| 13.10.3 Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse..... | 83 |
| 13.11 Barnkonventionen som svensk lag | 83 |
| 14 Hemlöshet..... | 84 |
| 15 Funktionshinderspolitik..... | 84 |
| 15.1 LSS | 85 |
| 15.2 Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar till barn med funktionsnedsättning..... | 88 |
| 15.3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning | 88 |
| 16 Samverkan för goda resultat..... | 89 |
| 16.1 Fond för idéburen vård och omsorg..... | 89 |
| 16.2 Sociala utfallskontrakt | 91 |
| 17 Generell tillståndsplikt..... | 94 |
| 18 Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar | 95 |

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen anvisar anslagen för 2018 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt förslaget i tabell 1 i motionen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om det fria vårdvalet och fördelarna med en mångfald av aktörer inom välfärdssektorn och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det fria vårdvalet ska gälla all öppenvård, även den som utförs av andra specialister än de inom allmänmedicin, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten behöver ta huvudansvar för att säkra god, effektiv och jämlik sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om likvärdig tillgång till läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationell rekommendation angående prioritering mellan kostnaden för sÄrläkemedel och patientnyttan kopplad till behandlingen och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell läkemedelslista och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fortsatt stöd till regionala cancercentrum (RCC) och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om finansiell förstärkning av primärvården så att den blir en reell bas i hälso- och sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad nationell samordning av primärvården och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad tillgänglighet inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utökat arbete med hälsoförebyggande insatser inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt och intensifierad alkoholberoende- och missbruksvård inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillgänglighet av medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) i varje kommun och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla och skärpa vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att 1177 Vårdguiden behöver kvalitetssäkras, förstärkas och integreras bättre i primärvården och tillkännager detta för regeringen.

19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationell upphandling av en gemensam teknisk plattform för kvalitetsregistren och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om flytten av E-hälsomyndigheten och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheten att anställa läkare inom den kommunala hemsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att certifiera patienter för en ökad delaktighet och patientcentrering och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra kömiljarden och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en prestationsbaserad ersättning för att skapa en vårdplatsgaranti inom sjukhusvården och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta ned köerna till akuten och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa hemtagningsteam och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av vårdserviceteam i sjukvården och äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för vårddyrken och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nordiskt samarbete runt högspecialiserad hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av ett farmaceutsortiment och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att 24-timmarsregeln ska ses över i förhållande till läkemedelsdistributörerna och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en anpassning av generikasystemet och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att detaljhandeln även i fortsättningen ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att slå vakt om och utveckla omregleringen av apoteken och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att få fler att välja farmaceutyrket och tillkännager detta för regeringen.

40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska vara skyldiga att införa lagen om valfrihetssystem (LOV), och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska införa en värdighetsgaranti inom äldreomsorgen, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en äldreboendegaranti och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en prestationsbaserad ersättning till kommuner som verkställer beslut om plats på särskilt boende inom tre månader, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vite för sent verkställande av beslut om plats på särskilt boende och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stimulansmedel för byggande av äldreboenden och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av prestationsbaserad ersättning för att förbättra personalkontinuiteten inom hemtjänsten och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra Omvårdnadslyftet och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett måltidslyft inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa måltidskunskap som obligatorisk kurs på alla vård- och omsorgsutbildningar och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa geriatriska centrum och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om framtagande av en nationell demensplan och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt elevhälsa och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av en elevhälsogaranti och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förkorta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förbättrad övergång från BUP till vuxenpsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kartläggning av orsakerna bakom den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga och tillkännager detta för regeringen.

60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en ”haverikommission” när en ung person har begått självmord och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vård av asylsökande med svåra trauman och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anhörigvård och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att socialtjänsten vid biståndsprövning särskilt ska uppmärksamma anhörigas situation, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utveckling av ersättningsystem vid vård av föräldrar (VAF-dagar) och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en informationssatsning i fråga om tandvårdsförsäkringen och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över högkostnadsskyddet i tandvården och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om gratis tandvård upp till 20 år och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om organdonation och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om palliativ vård och tillkännager detta för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av palliativ medicin som en egen specialitet och tillkännager detta för regeringen.
73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om assisterad befruktning för ensamstående och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av forskning runt barn som kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om surrogatmödraskap och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa upprätthållandet av gränsen för sena aborter och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samvetsfrihet och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa subventionerade preventivmedel för personer upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.

81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av en nationell strategi för personer med astma och allergi och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik och tillkännager detta för regeringen.
84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tobak och passiv rökning och tillkännager detta för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett narkotikafritt samhälle och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda minst två föräldrastödsprogram under barnens uppväxt och tonårstid, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
87. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sänka trösklarna för familjerådgivning och tillkännager detta för regeringen.
88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa familjerådgivningscheckar och tillkännager detta för regeringen.
89. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör finnas minst en familjecentral i varje kommun och tillkännager detta för regeringen.
90. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om inrättande av en nationell krissocialjour och tillkännager detta för regeringen.
91. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrade förutsättningar för familjehemmen och tillkännager detta för regeringen.
92. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rekrytering av familjehem och gode män och tillkännager detta för regeringen.
93. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda frågan om det formella beslutsfattandet i den sociala barn- och ungdomsvården och tillkännager detta för regeringen.
94. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheten att införa legitimation för socialsekreterare och tillkännager detta för regeringen.
95. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om säkerställande av tillräcklig och ändamålsenlig kompetens hos behandlingsassistenter inom verksamheten för Statens institutionsstyrelse (Sis) och tillkännager detta för regeringen.
96. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad kapacitet inom verksamheten för Sis och tillkännager detta för regeringen.
97. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stödboende och tillkännager detta för regeringen.
98. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan hur man undviker sammanbrott som resulterar i omplacering av barn, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
99. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga vårdnadsöverflyttning eller adoption när placering har pågått en viss tid, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
100. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kommunernas ansvar för barn som omhändertagits och drabbats av vanvård, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

101. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnahus ska finnas tillgängliga över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
102. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en särskild företrädare för barn vid vårdnadshavares separation och tillkännager detta för regeringen.
103. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att synliggöra barn i rättsprocessen samt barn som bevittnat våld i hemmet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
104. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förskolepersonal ska få genomgå utbildning i arbetssätt som stärker barns integritet i syfte att förebygga sexuella övergrepp och tillkännager detta för regeringen.
105. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja den barnrelaterade delen i bostadsbidraget och tillkännager detta för regeringen.
106. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra fritidspengen och tillkännager detta för regeringen.
107. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att alla vårdnadshavare erbjuds samarbetsamtal vid en separation, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
108. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka barnens rättigheter i vårdnadstvister genom att införa en rätt till juridiskt ombud och tillkännager detta för regeringen.
109. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ogifta par ska kunna bekräfta faderskapet på samma sätt som i dag men redan under graviditeten och tillkännager detta för regeringen.
110. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av barnkonventionen som svensk lag och tillkännager detta för regeringen.
111. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Bostad först och tillkännager detta för regeringen.
112. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om målet för funktionshinderspolitiken och tillkännager detta för regeringen.
113. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att skyndsamt fastställa en ändamålsenlig utformning av assistansersättningen och tillkännager detta för regeringen.
114. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja schablonbeloppet i assistansersättningen med 2,2 procent och tillkännager detta för regeringen.
115. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett tilläggsdirektiv i den nu pågående LSS-utredningen angående att utreda förutsättningarna för att inkludera utövande av föräldraskap och arbete i de grundläggande behoven och tillkännager detta för regeringen.
116. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett tilläggsdirektiv i den nu pågående LSS-utredningen angående att utreda förutsättningarna för att inkludera utövande av arbete i de grundläggande behoven och tillkännager detta för regeringen.
117. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av samverkan mellan relevanta myndigheter för att förhindra och upptäcka brottslighet kopplad till välfärdssystemen och tillkännager detta för regeringen.

118. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en översyn av samhällsekonomiska konsekvenser av beviljande eller nekande av insatser inom LSS och tillkännager detta för regeringen.
119. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utvärdera det reformerade bilstödet och tillkännager detta för regeringen.
120. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en fond för idéburen vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
121. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa sociala utfallskontrakt och tillkännager detta för regeringen.
122. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av generell tillståndsplikt för att inkludera offentligt driven välfärdsverksamhet och tillkännager detta för regeringen.
123. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att granska offentlig välfärdsverksamhet efter övertagande från annan regi och tillkännager detta för regeringen.
124. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förenklat förfarande vid tillståndsprövning av välfärdsverksamhet och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Tabell 1 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2018

Anslagsförslag 2018 för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Tusental kronor

| Ramanslag | Regeringens förslag | Avvikelse från regeringen (KD) |
|--|----------------------------|---------------------------------------|
| 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys | 35 408 | |
| 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering | 82 724 | |
| 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | 143 295 | -1 000 |
| 1:4 Tandvårdsförmåner | 6 332 439 | +76 000 |
| 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | 26 582 000 | -400 000 |
| 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård | 7 096 286 | -3 137 000 |
| 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | 465 030 | |
| 1:8 Bidrag till psykiatri | 1 755 493 | +150 000 |
| 1:9 Läkemedelsverket | 134 537 | -1 000 |
| 1:10 E-hälsomyndigheten | 145 722 | -1 000 |
| 2:1 Folkhälsomyndigheten | 383 014 | -2 000 |
| 2:2 Insatser för vaccinberedskap | 88 500 | |
| 2:3 Bidrag till WHO | 43 665 | |
| 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | 75 502 | |
| 3:1 Myndigheten för delaktighet | 59 348 | |
| 3:2 Bidrag till funktionshindervisorganisationer | 188 742 | |
| 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd | 24 333 | |
| 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet | 767 514 | |
| 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning | 263 395 | |
| 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning | 25 693 300 | +590 000 |
| 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet | 2 517 490 | +2 865 000 |
| 4:6 Statens institutionsstyrelse | 1 082 555 | +15 000 |
| 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. | 1 508 915 | -294 000 |
| 5:1 Barnombudsmannen | 24 923 | |
| 5:2 Barnets rättigheter | 22 261 | |
| 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel | 195 629 | |
| 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning | 34 576 | |
| 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning | 606 503 | |
| 8:1 Socialstyrelsen | 658 637 | +27 000 |
| 8:2 Inspektionen för vård och omsorg | 684 305 | -5 000 |
| Nya anslag | | |
| 8:3 Fond för idéburen vård | | +150 000 |
| 8:4 Patientansvarig läkare | | +300 000 |
| 8:5 Förstärkt primärvård | | +3 000 000 |
| 8:6 Personalgaranti i hemtjänsten | | +800 000 |

| Ramanslag | Regeringens förslag | Avvikelse från regeringen (KD) |
|--|---------------------|--------------------------------|
| 8:7 Fler vårdplatser sjukhusvård | | +2 000 000 |
| 8:8 Återinförd kömiljard | | +1 000 000 |
| 8:9 Vårdserviceteam, vårdserviceteam äldre | | +1 600 000 |
| Summa | 77 696 041 | +8 732 000 |

Tabell 2 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2018 till 2020 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag

Miljoner kronor

| | Avvikelse från regeringen (KD) | | |
|---|--------------------------------|---------------|----------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 |
| Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg | | | |
| 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys | | | -1 |
| 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering | | -1 | -1 |
| 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | -1 | -1 | -2 |
| 1:4 Tandvårdsförmåner | +76 | +113 | +113 |
| 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | -400 | -400 | -400 |
| 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård | -3 137 | -2 637 | -2 637 |
| 1:8 Bidrag till psykiatri | +150 | +175 | +225 |
| 1:9 Läkemedelsverket | -1 | -1 | -2 |
| 1:10 E-hälsomyndigheten | -1 | -1 | -2 |
| 2:1 Folkhälsomyndigheten | -2 | -4 | -6 |
| 3:1 Myndigheten för delaktighet | | -1 | -1 |
| 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning | +590 | +1 010 | +1 400 |
| 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet | +2 865 | +2 775 | +2 775 |
| 4:6 Statens institutionsstyrelse | +15 | +11 | +1 |
| 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. | -294 | -294 | -94 |
| 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning | | | -1 |
| 8:1 Socialstyrelsen | +27 | +24 | +26 |
| 8:2 Inspektionen för vård och omsorg | -5 | -8 | -12 |
| Nya anslag | | | |
| 8:3 Fond för idéburen vård | +150 | | |
| 8:4 Patientansvarig läkare | +300 | +300 | +300 |
| 8:5 Förstärkt primärvård | +3 000 | +3 000 | +4 000 |
| 8:6 Personalgaranti i hemtjänsten | +800 | +800 | +800 |
| 8:7 Fler vårdplatser sjukhusvård | +2 000 | +2 000 | +3 000 |
| 8:8 Återinförd kömiljard | +1 000 | +1 000 | +1 000 |
| 8:9 Vårdserviceteam, vårdserviceteam äldre | +1 600 | +1 600 | +1 600 |
| Summa | +8 732 | +9 460 | +12 081 |

1 En hälso- och sjukvård i världsklass

Kristdemokraternas hälso- och sjukvårdspolitik utgår från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och den som har störst behov ska ges företräde i vården. Hälso- och sjukvården ska kännetecknas av värdighet, kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet. De grupper som har svårt att göra sina röster hörda eller utnyttja sina rättigheter ska garanteras särskilt stöd.

Vården och omsorgen ska ha en helhetssyn på människan som tar hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov.

Varje människa föds med relationer till andra. Människan är en gemenskapsvarelse. Hon mår dessutom bäst av att utvecklas i naturliga gemenskaper, som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet. Gemenskaper som inte påtvingas utan uppstår av sig själva. När sjukdom drabbar oss blir ofta behoven större än vad den enskilda människan och familjen mäktar med. Överordnade gemenskaper har då en skyldighet att gå in, hjälpa och stödja med en kunskapsbaserad och gemensamt finansierad hälso- och sjukvård samtidigt som den sjuke ska tillförsäkras delaktighet under vårdtiden.

I regeringsställning prioriterade vi insatser för de mest utsatta patienterna genom stora satsningar på psykiatrin, cancervården och vården av kroniskt sjuka. Genom vårdgarantin och kömiljarden bidrog vi till kortare väntetider och tillgången till vård förbättrades. Vi kunde då se en kraftig ökning av antalet vårdcentraler och generösare öppettider. Kvaliteten i sjukvården stärktes över tid och patienterna uppgav att de var mer nöjda med vården. Alliansregeringen satsade mer resurser än vad som någonsin tidigare satsats på vården. Det ledde till fler aktiva läkare och sjuksköterskor än någonsin, och att Sverige utbildade fler än någonsin tidigare. Vi satsade i slutet på våra regeringsår dubbelt så mycket på tandvården som innan vi tillträdde 2006. Antalet apotek ökade med 40 procent och deras öppettider utökades kraftigt. Receptfria läkemedel går numera att köpa i vanliga affärer. Vi har tagit viktiga steg mot en bättre, mer tillgänglig och jämlik vård. Sverige är idag enligt flera mått ett av världens bästa länder på sjukvård.

Men vi är långtifrån nöjda med detta. Sjukvården står inför stora utmaningar, vården är inte jämlik och det finns fortsatta brister med överbeläggningar, brister i patientsäkerhet och väntetider. Vården blir också alltmer högspecialiserad och högteknologisk. Mot den bakgrunden finns det all anledning att se över sjukvårdens organisering. Det är knappast troligt att 21 olika landsting med olika demografiska och ekonomiska förutsättningar ska kunna leverera jämlik vård till hela befolkningen. Staten bör därför ta ett huvudansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård i hela landet. För oss är patientens rätt till bra och jämlik vård viktigare än att värna dagens sätt att organisera vården.

I takt med ökad livslängd och medicinska landvinningar kommer trycket på sjukvården att öka. Nya metoder och läkemedel innebär i vissa delar att kostnader för en del insatser kan minska, men utan strukturförändringar kommer de ökade kostnaderna vida överstiga de minskade. För att bibehålla kvalitet och dra nytta av kommande framsteg måste vi aktivt arbeta för att dra nytta av tekniska framsteg och effektivisera det som går utan att det går ut över kvaliteten. En ökad digitalisering och ökade inslag av egenvård kan dessutom innebära en förbättrad vård i form av större valfrihet och ökad hänsyn till den enskildes integritet.

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Rätten att bestämma över sin vardag upphör inte vid en viss ålder. En äldre person har, precis som yngre, individuella behov som inte kan tillgodoses i en mall. Mycket har gjorts de senaste åren för att utforma vården och omsorgen utifrån den enskilda människans behov. Men mer behöver göras för att utveckla den gemensamt finansierade äldreomsorgen. Utökat självbestämmande när det gäller såväl boende som hemsänd mat och färdtjänst är viktiga delar när det gäller att utveckla äldreomsorgen framöver.

1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde

Varje människa är unik och har ett okränkbart värde. För Kristdemokraterna är detta centralt, men det är också av yttersta vikt att vi bygger vår välfärd på den insikten. Det är avgörande att välfärden präglas av kvalitet och professionalism. Men lika viktigt är det att den bygger på hur medborgarna själva vill ha sin välfärd, vilka val de gör och vilka önskemål de har. Människors välbefinnande ökar när de har makt att påverka sin egen livssituation. Det gäller alltifrån utbildning och jobb, familjebildning och bostad till vård och omsorg. Att människor kan göra aktiva val för sin hälsa och sitt välmående är betydelsefullt, som att välja äldreboende, vårdcentraler, personlig assistans eller hemtjänstutförare. Detta borde vara självklarheter i ett välutvecklat välfärdssamhälle. Givetvis ska kommuner och landsting stå ansvariga för vården och omsorgen, men vem som utför tjänsterna måste ligga i händerna på medborgarna.

För Kristdemokraterna är det avgörande att välfärden präglas av hög kvalitet och professionalism. Lika viktigt är det att välfärden tillgodoser den enskildes behov, val och önskemål. Lagstiftning om det fria vårdvalet i primärvården infördes 2010 av alliansregeringen och innebär valfrihet för patienten. Offentliga monopol avskaffades till förmån för en mångfald av vårdgivare. Att låta privata entreprenörer verka inom sjukvården på samma villkor som offentliga utförare är en viktig del av valfrihetsreformerna. När medborgare jämför, diskuterar och sätter sig in i olika utförares inriktningar och erbjudanden, skapas ett engagemang. Mångfalden skapar positiva effekter. Det ger möjligheter för människor att välja bort och välja till. När människor har flera goda utförare att välja bland stimuleras vården och omsorgen till att öka kvaliteten. Patientenkäter visar att det fria vårdvalet har ett mycket starkt stöd.

Tillgänglighet har förbättrats genom fler vårdcentraler och ökade öppettider. Siffror från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att privata vårdgivare ansvarar för 24 miljoner vårdbesök (varav 19 miljoner i primärvården), motsvarande 35 procent av alla patientbesök. Dessutom serverar privata hemtjänstföretag 41 000 äldre vilket motsvarar 23 procent av alla hemtjänsttimmar. Privata äldreboenden är hem åt 18 000 äldre vilket motsvarar 21 procent av alla äldreboenden. Dessutom byggs 36 procent av alla nya platser på äldreboenden av privata aktörer.

Idag finns ett reellt hot mot hela välfärden på grund av att regeringen vill införa vad de kallar ett vinsttak för privata aktörer men som i praktiken skulle innebära ett nästan totalt stopp på möjligheterna att långsiktigt driva och utveckla dessa verksamheter. Ett vinsttak enligt Välfärdsutredningens förslag skulle försämra förutsättningarna för de privata aktörerna så radikalt att de inte skulle kunna fortsätta sina verksamheter. Det så kallade vinsttaket innebär enligt utredningens förslag att företagets vinst får motsvara maximalt 7 procent av det bokförda operativa kapitalet per år. Det motsvarar ett

överskott om ca 0–2 procent vilket är för lite för att klara investeringar eller för att utgöra buffert för oväntade händelser.

År 2014 fanns det 223 privata vårdgivare inom primärvården, och 182 av dessa (82 procent) drev enbart en vårdcentral (Konkurrensverkets rapportserie 2014:2). God service och hög kvalitet är drivkraften för många, och en rimlig vinst är nödvändigt för att klara investeringar och för att bygga upp en buffert för oväntade händelser. Det är också rimligt att den som satsat kapital kan få en utdelning som inte är avsevärt sämre än andra placeringsalternativ. Om regeringens förslag om vinsttak vinner gehör för vård- och omsorgsföretag, riskerar flera privata aktörer att drivas i konkurs. Stora delar av välfärden är då hotad eftersom de offentliga vårdgivarna inte har kapacitet att erbjuda vård och omsorg till de många patienter och omsorgstagare som idag har valt en privat aktör. Regeringen bör lägga tid på ändamålsenliga kvalitetskrav och uppföljning, inte jaga den som bidrar till välfärden genom att vara privat utförare i välfärden.

Tyvär tycks det dock vara en bärande idé i vänsterregeringens politik att beskära den enskildes makt. Vänsterregeringens politik innebär nämligen en tydlig stoppolitik när det gäller valfrihet. Patienter ska inte kunna välja vilken vårdcentral de ska gå till därför att vårdvalet stryps och förutsättningarna för andra alternativ tas bort. Äldre ska inte få inflytande över sin egen ålderdom, inte bestämma vilken hemtjänst de vill ha eller hur de vill bo på äldre dagar. Genom omtolkningar och begränsningar stryps nu även förutsättningarna för valfrihet inom personlig assistans.

Att företag även inom välfärdssektorn måste kunna få gå med vinst är avgörande för om valfriheten ska kunna bevaras. Företag som inte kan eller får gå med vinst kan enbart gå med förlust och det innebär att ingen heller kommer att investera i dessa företag. Vill vi ha entreprenörer som tillsammans med investerare är med och utvecklar välfärden måste de kunna göra en vinst. Utan entreprenörer och privata välfärdsaktörer kommer valfriheten i praktiken att kraftigt begränsas eller försvinna. På samma sätt som det är självklart att företag ska kunna gå med vinst är det också självklart att vård och omsorg inte är vilka marknader som helst. De rör människor i utsatta situationer och möjligheten att bedriva verksamhet inom exempelvis vård och omsorg ska vara förknippad med högt ställda kvalitetskrav. Det gäller såväl privat som offentligt driven vård och omsorg. Det är också en självklarhet att de som verkar i dessa sektorer följer skattelagstiftningen och beskattar verksamheten som bedrivs här i Sverige.

En mångfald av aktörer inom välfärdssektorn är också en förutsättning för att ideellt driven och idéburen vård och omsorg ska kunna växa fram och drivas. I många länder är denna sektor den dominerande leverantören av välfärdstjänster. Men i Sverige är de i stort sett frånvarande. Mer måste göras för att ge sådana organisationer möjlighet att driva verksamhet på välfärdsområdet. Det handlar exempelvis om att förbättra deras möjlighet till kapitalförsörjning. Att stänga möjligheten till privat driven välfärdsverksamhet i företagsform kommer inte att förbättra möjligheterna för ideellt driven vård och omsorg att startas och drivas – tvärtom. När valfrihetssystem som LOV avskaffas så drabbar det även idéburen verksamhet.

De som bygger äldreboenden, sjukhus och vårdcentraler arbetar i privata företag. De kan själva starta eget företag i sin bransch och de är oftast män. De som däremot arbetar med vård och omsorg i dessa byggnader har under lång tid varit hänvisade till en offentlig arbetsgivare. De har inte haft möjlighet att starta eget i sin bransch och har oftast varit kvinnor. När valfrihetsreformerna inom välfärdssektorn introducerades innebar det en stor förändring för de anställda i denna kvinnodominerade sektor. Då skapades nya möjligheter för människor till kreativitet och entreprenörskap. Nya

karriärvägar öppnades. Det gav positiva effekter på kvinnors löneutveckling, inte minst då antalet arbetsgivare ökat. Reformerna har inneburit positiva effekter för kvinnligt företagande. Valfriheten i välfärden skapar förutsättningar för ett jämställt Sverige.

1.2 Vårdval även inom öppenvården

Lagstiftning om det fria vårdvalet i primärvården infördes 2010. Reformen innebär valfrihet för patienten samtidigt som offentliga monopol avskaffas till förmån för en mångfald av vårdgivare – allt inom den solidariska finansieringens ram. Att låta privata entreprenörer verka inom sjukvården på samma villkor som offentliga utförare är en viktig del av valfrihetsreformerna. På så sätt får patienterna en verklig valfrihet och samtidigt vitaliseras vården.

Vi vill att vårdvalet ska gälla all öppenvård, d.v.s. även sådan öppenvård som utförs av andra specialister än specialister i allmänmedicin. Det är visserligen inte lika lätt för alla landsting att utveckla heltäckande lösningar för vårdval i öppen specialiserad vård som i primärvården, men om den politiska viljan finns är det fullt möjligt. Vi kan se att landsting efter landsting inför vårdval även i delar av den specialiserade vården. I landsting med rödgrön majoritet går dock denna utveckling generellt sett långsammare. Vi anser att vårdval i öppen specialiserad vård ska vara en rättighet för alla medborgare oavsett var i landet de bor. Om staten ges ett huvudansvar för vården blir förändringen möjlig. Ett tillkännagivande till regeringen med detta syfte antogs också av riksdagen i betänkande 2016/17:SoU10. Vi förväntar oss att regeringen snarast återkommer med anledning av detta.

Vårdvalsreformen har medfört en ökad tillgänglighet för såväl vårdbehövande som befolkningen i allmänhet. Reformens framtida framgång bygger på att landstingen utformar system som står i överensstämmelse med lagens krav på god vård på lika villkor för alla och att patienter som har de största behoven ska ges företräde. För att säkerställa att så sker behöver effekterna av reformen följas noggrant och förutsättningarna för uppföljning måste förbättras.

Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp resultatet av införandet under åren 2014–2017.¹ Resultatet av analysen är nedslående. De konstaterar att patientens faktiska ställning (patienters perspektiv) inte har förbättrats sedan patientlagen infördes och att syftet med lagen ännu inte uppnåtts. En före- och eftermätning, som utgår från patienternas erfarenheter, visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller försvagad. Patientens faktiska ställning har försvagats på de områden som handlar om tillgänglighet, information och delaktighet. De konstaterar att vad som sannolikt påverkar samtliga resultat är att kännedomen om patientlagen fortfarande är låg. För flera av bestämmelserna i patientlagen kan det också genom internationella jämförelser konstateras att Sverige hamnar lågt i till exempel frågor som gäller information och tillgänglighet och att det gällt över tid. Det är därför mycket angeläget att arbetet med att stärka patientens ställning fortsätter för att syftet med lagen ska uppnås.

¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:2.

1.3 Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare

Det är viktigt att medborgarna har god insyn – inte bara i vårdens och omsorgens kvalitet, utan också i vårdgivares ekonomi och de anställdas villkor. Nivån på öppenheten bör öka ytterligare och de etiska kraven på såväl offentliga som privata vårdgivare behöver förtydligas. Därför initierades under 2013 arbetet med en etisk plattform med riktlinjer som alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare ska följa. Det övergripande syftet är att alla utförare – oavsett ägarstruktur och driftsform – ska kunna jämföras öppet och transparent. De kollektivavtalsslutande parterna arbetade intensivt med att få till stånd en gemensam databas och publiceringsplatsen valfärdsinsyn.se. Arbetet är långt framskridet och det är enligt projektet ett kort steg till att kunna börja användas för äldreboenden och vårdcentraler. Hittills har projektet kostat 13,8 miljoner kronor. Plattformen skulle ursprungligen ha lanserats våren 2017 men det har tills vidare lagts på is. Orsaken till detta är osäkerheten kring statens reglering och styrning av utförare inom vård och omsorg. Parterna säger sig alltjämt vara mycket angelägna att bidra till att skattemedel ger bästa möjliga nytta och att kvaliteten i verksamheterna är god. Pausläget förefaller dock kvarstå till dess att regeringen är intresserad av att återuppta en dialog med parterna. Projektet står för närvarande utan ordförande och initiativets framtid är på grund av regeringens agerande oklar. Det är angeläget att arbetet återupptas och att alla inblandade parter, inte minst regeringen, känner ett fortsatt ansvar i detta.

Offentlighetsprincipen är ett fundament i svensk skattefinansierad verksamhet; meddelarfriheten är en viktig del av vår demokratiska tradition. Plattformen för välfärdsinsyn kan möjliggöra att vårdgivare frivilligt ansluter sig till meddelarfriheten. Den skulle på så sätt gälla även privata vård- och omsorgsgivare med offentlig finansiering. Kortsiktiga ägare som maximerar vinst på bekostnad av kvalitet och sysslar med avancerad skatteplanering i länder med begränsad insyn ligger inte i skattebetalarnas intresse. Bristande ägaransvar och brist på långsiktighet riskerar att urholka allmänhetens förtroende för vården.

I många länder finns starka etiska system och koder inom vårdprofessionerna. I Sverige har de etiska riktlinjerna ibland i för hög utsträckning dikterats av staten. Här vill vi ge professionernas vetenskapliga organisationer större ansvar. Det kan ske t ex genom egna etiska/professionella kontrollsystem och ansvar för godkännande av specialistutbildningar. För andra yrkesgrupper, t ex advokater, finns redan liknande system i Sverige.

2 Århundradets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård

2.1 Statligt huvudansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård

På många sätt är vården i vårt land högklassig. Problemet är att alla inte får ta del av den bästa vården. Väntetider och behandlingsmetoder skiljer sig kraftigt åt beroende på bostadsadress. Äldre och patienter med kroniska sjukdomar drabbas hårdast. För att alla – i hela landet – ska få tillgång till högkvalitativ vård krävs ett ökat statligt ansvarstagande för vårdens organisation. Då kan även resurserna nyttjas effektivare. För

att uppnå detta behöver staten ta huvudansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård.

År 1862 tog landstingen över ansvaret för vården i vårt land. Då, för 155 år sedan, var medicinerna få och inte särskilt verksamma. Jämfört med idag var den medicinska tekniken väldigt primitiv. Organisationen med 21 olika landsting är varken anpassad till den sjukvård som vi kan och har i uppdrag att leverera idag eller till de behov som står för dörren. Det gör att patienterna blir lidande. Informationsutbytet mellan de olika landstingen är fortfarande begränsat, då journal- och it-systemen inte är kompatibla med varandra. Den statliga offentliga utredningen ”Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa” (SOU 2015:98) som tillsattes av alliansregeringen under Kristdemokraternas ledning fastställer ytterligare brister med dagens vårdorganisation. Vårdpersonal som utför mer avancerade behandlingar får inte göra det tillräckligt ofta för att utveckla expertisen. Patientunderlaget i enskilda landsting eller sjukhus är helt enkelt för litet. Men framför allt skiljer sig den medicinska kvaliteten och resultatet åt beroende på var i landet patienten bor. Det är inte rimligt.

Kristdemokraterna och alliansregeringen tog initiativ till etablering av regionala cancercentrum (RCC), ett i varje sjukvårdsregion, utifrån förslagen i betänkandet ”En nationell cancerstrategi för framtiden” (SOU 2009:11). Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten, samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. Etableringen av RCC är en ambition i rätt riktning för en mer jämlik cancervård. Flera framsteg har gjorts. Exempelvis har framtagning av nationella vårdprogram och kvalitetsregister för vissa cancerformer bidragit till en höjd kvalitet inom cancervården. Regeringen har beslutat att inte förlänga finansieringen av RCC efter 2018 – ett beslut som Kristdemokraterna motsätter sig.

En mer koncentrerad vård ger tydliga vinster både för patient och för samhälle. Den enskilda patienten kan få längre sjuktransporter jämfört med idag. Det är emellertid något som de flesta kan acceptera när de kompenseras med en avsevärt förhöjd vårdkvalitet. När kvalificerad och specialiserad vårdpersonal samlas på färre enheter främjas kunskapsutbyte och kompetensutveckling. När avancerad och dyrbar medicinsk utrustning endast behöver etableras på ett fåtal enheter nyttjas både utrustning och våra gemensamma välfärdsresurser mer effektivt och vi står bättre rustade att fortsätta den medicinska utvecklingen för morgondagens vårdbehov.

Ytterligare en stor fördel med att koncentrera vården och öka det statliga ansvaret är att forskning och kvalitetsutveckling stimuleras. En stark forskning kräver tillräckligt stora patientunderlag. Det är därför avgörande att samla patienter till färre vårdenheter. En koncentrerad vård gör även att vi kan sammanföra en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal tillsammans med biostatistiker och andra forskningskompetenser. Något som är avgörande för att skapa förutsättningar för en stimulerande och framgångsrik forskningsmiljö. Syftet med att koncentrera vården är inte att all avancerad sjukhusvård ska centreras till storstadsregionerna. Istället kan olika specialiteter etableras i olika delar av landet. Erfarenheterna från den norska omorganisationen med statligt huvudmannaskap är mycket goda. Våra länders många likheter talar för att den svenska vården bör lära av Norges erfarenheter.

Kristdemokraterna har sedan 2014 haft inställningen att ett ökat statligt ansvar för vården är nödvändigt om vi alla ska få del av den snabba utvecklingen av banbrytande medicinska framsteg. Oavsett var i landet du bor ska du ha tillgång till högkvalitativ vård inom rimlig tid. Regeringen har nu aviserat att de har lyssnat på rekommendationen i utredningen ”Träning ger färdighet – koncentrera vården för

patientens bästa” (SOU 2015:98) som initierades av alliansregeringen och redovisades redan 2015. Regeringens besked att låta Socialstyrelsen gå igenom alla aktuella sjukdomsgrupper och föreslå vad som ska utgöra nationellt högspecialiserad vård är välkommet och ett steg i rätt riktning, men det är ett mindre steg i en stor process där Kristdemokraterna anser att staten bör ha huvudansvaret för sjukvårdens organisation.

En förutsättning för att en reform av sjukvårdens ansvarsfördelning blir framgångsrik är att den baseras på ändamålsenliga och tillfredsställande konsekvensberedningar. Effekterna för patienterna, staten och nuvarande huvudmän måste belysas. Kristdemokraterna föreslår därför att det tillsätts en parlamentarisk utredning. Utredningen ska klarlägga och överväga förslag på ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan stat och nuvarande huvudmän med målet att uppnå en patientfokuserad, effektivare, mer rättvis och jämlik vård.

2.2 Förbättringar på kort sikt

För att komma till rätta med den ojämlika vården krävs insatser på såväl kort som lång sikt. Mycket kan göras redan nu utan att ändra styrningen. Exempelvis att varje enskild vårdenhet eller klinik i högre grad använder sig av egenuppföljning och gemensam diskussion kring resultat och attityder. Vårdgivare bör åläggas att granska sina behandlingsinsatser utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Detta kan ske i de vårdavtal som sluts med huvudmännen. Frågor om jämlik vård, diskriminering och hur du som vårdpersonal kan arbeta för ett bättre resultat bör också behandlas i grundutbildningarna till yrken inom hälso- och sjukvården. På kort sikt bör också vårdgivarna säkerställa att de nationella riktlinjerna följs.

Genom att stärka patientens ställning stärks incitamenten för en jämlik vård. Vi anser exempelvis att du som patient ska ha en lagstadgad rätt till en personlig behandlings- och rehabiliteringsplan när du har behov av återkommande och täta kontakter med vården. Även en återbesöksgaranti bör finnas inom vårdgarantin.

Vi vill verka för att landstingen moderniserar vårdens ersättningssystem. Det handlar bland annat om att hitta ersättningsmodeller som premierar helhetskvalitet när det gäller både medicinskt resultat och patientupplevelse.

Ersättningssystemen bör exempelvis också utformas så att ersättningen, när det är lämpligt, kan utgå även för kontakter via telefon och mail och inte bara fysiska besök. Vid upphandlingar bör uppdragstagarna inte bara konkurrera med pris utan också med kvalitet. Istället för att varje landsting på egen hand försöker utforma sina ersättningssystem bör de samarbeta för att gemensamt utforma system som bygger på bästa tillgängliga kunskaper. Dessa ska styra mot en jämlik vård av hög kvalitet med effektiv användning av vårdens resurser. Viktigt är också att de mänskliga vinsterna med en behandling är kopplade till att behandlingen finansieras. Detta innebär att kopplingen mellan de statliga ersättningssystemen och sjukvården måste bli tydligare. SKL:s rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlän-ersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården är därför välkommen. Implementeringen av rekommendationerna behöver följas upp så att de blir likvärdiga över landet och så att de inte hindrar innovation inom den digitala vården.

2.3 Statligt ansvar för ökad och mer likvärdig tillgång till läkemedel

Vi har inga förhoppningar om att nuvarande regering kommer att ompröva de 21 landstingens uppdrag och övergå till ett statligt huvudansvar för sjukvården. För patienternas skull kan vi dock inte vänta. Vi behöver ta reella beslut för en mer jämlik vård. Ett steg i detta är ett ökat statligt ansvar för mer jämlik tillgång till läkemedel.

Efter alliansregeringens initiativ 2011 har ett intensivt arbete pågått med den nationella läkemedelsstrategin. Strategins övergripande syfte har varit att nå rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. Målen har fokuserat på medicinska resultat i världsklass, jämlik vård, kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, attraktivitet för innovation av produkter och tjänster samt minimal miljöpåverkan.

Arbetet har resulterat i förbättrad hantering av recept, ordnat införande och strukturerad uppföljning och visat på förbättringar avseende jämlik läkemedelsanvändning och förbättrad användning av läkemedel för barn. Även ett mer optimerat nyttjande av befintliga antibiotika har varit framgångsfaktorer i strategin.

Den nuvarande strategin sträcker sig över åren 2016–2018, den handlingsplan som finns revideras därutöver årligen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen, tillsammans med de viktigaste aktörerna på läkemedelsområdet, fortsätter därmed det arbete som påbörjades under kristdemokratisk ledning för att nå en säker, effektiv och jämlik läkemedelsanvändning. Återkommande rapporteras om de utmaningar vi står inför med ökning av läkemedelskostnader. I kostnadsutvecklingen brukar inte minst kostnader för sär läkemedel lyftas fram. Nyligen godkändes även den första genterapibehandlingen i USA vilket är ett medicinskt genombrott. Dessa läkemedel och behandlingar har mycket höga kostnader för behandling av en enskild patient men där alternativen många gånger är avsevärt sämre utifrån resultat vad gäller livskvalité eller där inga alternativ finns. Etiska avvägningar avseende kostnaderna för samhället i förhållande till patientnytta behöver göras. Kristdemokraterna anser att det bör utformas en nationell rekommendation baserad på etiska avvägningar för att vägleda huvudmännen under deras prioriteringsarbete angående relationen mellan kostnaden för t.ex. sär läkemedel och patientnyttan kopplad till behandlingen.

Samtidigt är det inte i huvudsak sär läkemedel som står för den kostnadsökning vi kunnat se på senare år. En växande och åldrande befolkning hör till huvudorsakerna. Även om denna utveckling funnits under en längre tid kunde vi se kostnaderna för läkemedelsförmånen minska under flera år fram till 2013, varefter de ökat igen. År 2016 var kostnadsökningen drygt åtta procent, vilket kan jämföras med fem procents ökning föregående år. Mellan 2015 och 2016 var ökningen för män högre än för kvinnor vilket bl.a. beror på att nya läkemedel mot prostatacancer kom in i förmånen under 2015. De senaste siffrorna från SKL (augusti 2017) visar att kostnadsökningen är ca 5 procent jämfört med 2016. I september 2017 infördes även läkemedel för behandling av vuxna med kronisk infektion med hepatit C-virus (HCV) i förmånen vilket förväntas höja läkemedelskostnaderna ytterligare. En annan av förklaringarna för senaste årets höjda kostnader är regeringens beslut att införa kostnadsfria läkemedel till barn och unga under 18 år från 1 januari 2016. Även att flera cancerläkemedel som tidigare hanterats utanför förmånen nu förskrivs inom förmånen är en delförklaring. Det är dock fortfarande så att läkemedelskostnadernas andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat och att den ökning vi ser är i lägre takt än vad som gäller för sjukvårdskostnader i övrigt.

Det fortsatta arbetet med framtagande av en nationell läkemedelslista är ett mycket viktigt led för att uppnå bättre säkerhet och trygghet i läkemedelshanteringen för patienten. Genom en nationell läkemedelslista kan den som ordinerar läkemedel, samt vissa andra yrkesutövare som deltar i patientens vård, få direktåtkomst till fullständiga uppgifter om patientens ordinerade och uthämtade läkemedel. Det ger ökad patientsäkerhet. Regeringens arbete släpar efter. Riksdagen har därför så sent som i september 2017 riktat ett tillkännagivande mot regeringen om att fullfölja arbetet.

Det är viktigt att bygga vidare på arbetet inom den nationella läkemedelsstrategin för ordnat nationellt införande av nya läkemedel. Genom införande av nationell läkemedelslista, ett ökat statligt ansvar, ökad statlig finansiering och genom att dra nytta av det arbete som gjorts inom läkemedelsstrategin ges förutsättningar att ge fler tillgång till de bästa och mest verkningsfulla läkemedlen. Samtidigt kan den nationella läkemedelslistan förbättra förutsättningarna för att minska överförskrivning. Förskrivning av preparat som det redan idag finns tydliga rekommendationer för att de inte ska användas bör också upphöra. Ett uppdrag i enlighet med det sistnämnda bör därför ges till Socialstyrelsen.

2.4 Fortsatt satsning på regionala cancercentrum (RCC)

Under kristdemokratisk ledning tog den förra alliansregeringen beslut om att etablera sex regionala cancercentrum (RCC). Målen med etableringen var att

- 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.

Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering att etableringen av RCC har varit framgångsrik, men att det finns fortsatta utmaningar för RCC och för cancervården. Bland annat noterar Socialstyrelsen att engagemanget i utvecklingen av RCC är lägre hos vissa landstings-, sjukhus- och klinikledning. I utvärderingen lyfts även fram att det finns fortsatta utmaningar gällande nivåstrukturering och förebyggande insatser.

I rapporten framförs även oro för RCC:s framtid eftersom det fram till nu har varit oklart gällande finansieringen åren efter 2018. Vidare visar jämförelser från ”RCC i samverkan” 2016 alltså på stora och oförsvarliga regionala skillnader när det gäller till exempel tillgänglighet. När regeringen nu beslutat att upphöra med finansieringen efter 2018 finns det en uppenbar risk att i vart fall några regionala cancercentrum väsentligt minskar i omfattning och att vi kommer att se en tillbakagång istället för de goda resultat som hittills har uppnåtts.

Allt fler insjuknar i och lever med cancer. Även om arbetet med RCC hittills varit framgångsrikt finns fortsatta utmaningar som kräver fortsatta insatser. Väntetiderna varierar kraftigt beroende på bostadsort. Exempelvis diagnostiseras ca 4 100 personer med lungcancer varje år. Den maximala väntetiden från remissdatum till start av kirurgi eller strålbehandling rekommenderas vara 44 dagar. Endast två landsting, Värmland och Dalarna, lyckas dock leverera behandling inom den rekommenderade tiden (37 respektive 44 dagar). Genomsnittet i riket är 70 dagar. I Halland får patienterna vänta i genomsnitt 95 dagar. Varje år diagnostiseras ca 900 personer med högmaligna hjärntumörer. För dessa patienter varierar den genomsnittliga väntetiden från

remissdatum till operation från åtta dagar i Uppsala (där 88 procent genomgår kirurgi inom 20 dagar) till 27 dagar i Gävleborg (där endast 30 procent genomgår kirurgi inom 20 dagar). Inom RCC i samverkan pågår ett arbete med att förkorta väntetiden till behandling genom införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Dessa nationella insatser som syftar till att korta kötiderna är livsviktiga då de långa väntetiderna riskerar att leda till mer avancerade tumörer. Regeringen har beslutat att inte förlänga finansieringen av RCC efter 2018. Att inte fullfölja och fortsätta utveckla arbetet med nivåstrukturering och det samlade strategiska arbetet för att fullfölja cancerstrategin vore ett allvarligt misstag. Kristdemokraterna föreslår därför att arbetet inom RCC fullföljs och avsätter därför 500 miljoner kronor årligen även efter 2018.

2.5 Trygg vård nära dig genom investering i primärvården

Många av de patienter som söker sig till akuten skulle kunna få lika god vård inom primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar emellertid att förtroendet för primärvården är lågt. Primärvården uppfattas också som otillgänglig och akuten upplevs som den enda möjligheten att få vård på kvällar och helger. Effekten blir att akuten besöks i större utsträckning än vad som egentligen är nödvändigt.

I Sverige utgör primärvården, d.v.s. basen för hela hälso- och sjukvården, en lägre andel av den totala hälso- och sjukvården jämfört med flertalet andra länder.² Den statliga utredningen ”Effektiv vård” (2016:1) befäster att primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård” och att Sverige får anses vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av en ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. De långa väntetiderna på akuten kan tolkas som en direkt effekt av att vi inte satsat tillräckligt på primärvården.

Kristdemokraterna anser att basen i sjukvården, d.v.s. primärvården, måste förstärkas. Alla måste ha nära till sin vårdcentral och öppettiderna behöver utvidgas jämfört med idag. Möjligheten till mottagning kvällstid och helger ska finnas. En del av det som görs inom slutenvården kan med fördel göras av primärvården. Den kan göra mer än idag och måste ges både resurser och uppdrag som möjliggör detta. Mer primärvård i hela landet möjliggör ett spetsigare uppdrag för sjukhusen och slutenvården.

Kristdemokraterna anser att primärvården måste stärkas för att skapa en god och tillgänglig vård och avsätter 3 miljarder per år 2018–2019 och 4 miljarder 2020 till detta ändamål.

2.5.1 Ökad nationell samordning av primärvården

Primärvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.³ Vårdanalys betonar i sin rapport (2017) ”En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum” att primärvårdens organisation och styrning skiljer sig kraftigt åt från landsting till landsting. Bristen på enhetliga

² OECD Health Statistics 2016.

³ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 6 §.

beskrivningar och jämförbara data gör det dessutom svårt att analysera vilka organisatoriska egenskaper som leder till en bättre respektive sämre måluppfyllelse.

Kristdemokraterna anser att landstingen måste utöka sin samverkan på ett övergripande plan för att dra systematiska lärdomar från landstingens olika arbetssätt inom primärvården. Möjligheten till kontinuerlig nationell uppföljning av primärvårdens kvalitet måste förbättras. Vi stödjer även Vårdanalys uppfattning att det är nödvändigt att landstingen har en gemensam tolkning av primärvårdens uppdrag och funktion. Dessutom krävs ett utökat samarbete mellan landstingen för att säkerställa en hög informationskontinuitet. It- och journalsystemen i de olika landstingen/regionerna måste utvecklas så att de kan kommunicera med varandra oavsett var i landet vården söks. Utformningen av ersättningssystemen behöver också utvecklas så att de blir likvärdiga över landet och så att de inte hindrar innovation inom den digitala vården.

2.5.2 Ökad tillgänglighet inom primärvården

Mer flexibla öppettider med möjlighet till besök på obekväma tider såsom kvällar och helger skulle dramatiskt öka tillgängligheten inom primärvården. Vi menar inte att samtliga vårdcentraler ska utöka sina dagliga öppettider. Det är inte möjligt med tanke på rådande personalbrist. Tillgänglighetsbehovet kan istället täckas genom att vårdcentraler samverkar och genom att i större utsträckning erbjuda digitala vårdmöten. Det finns flera goda exempel som förtjänar att finnas i fler landsting. Vårdcentraler i anslutning till akutmottagningen som är öppna under kvällar och nätter möjliggör exempelvis en effektiv flexibilitet där patienter enkelt kan hänvisas till rätt vårdnivå.

Vården genomgår just nu stora förändringar, framförallt i hur mötet mellan patient och läkare eller annan vårdpersonal sker. Inom bara ett antal år kommer förmodligen det digitala vårdmötet att vara lika naturligt som ett fysiskt möte eller en telefonkontakt. En välfungerande och integritetssäkrad digital plattform är värdefull inte minst vid bokning av besök inom primärvården. Via sin smartphone eller dator tillsammans med t.ex. mobilt bank-id kan då patienten i förväg delge vårdgivaren väsentlig information angående sitt hälsoproblem. Vårdgivaren får i sin tur bättre förutsättningar för att redan från första kontakt erbjuda den vård som patienten behöver. Digitala primärvårdsinsatser kan dessutom möjliggöra exempelvis diagnostisering, och behandling av enklare åkommor samt uppföljningsbesök för patienter som har lång resväg eller svårigheter att ta sig till vårdcentralen behöver bli en naturligt integrerad del av det ordinarie primärvårdsutbudet för alla patienter för att avlasta sjukvården. Även mobila bedömningsenheter som införts på försök på vissa håll i landet skulle kunna utgöra ett viktigt komplement. Dessa enheter gör det möjligt att få hembesök för den som inte kan eller bör ta sig till en vårdcentral men där det kan behövas en kvalificerad bedömning och där ett snabbt hembesök kan innebära att ett besök på akuten och sjukhusinläggning undviks. Genom att optimera användningen av vårdens resurser räcker de till bättre för de med störst vårdbehov.

Primärvård sträcker sig inte enbart till det fysiska välbefinnandet. Den psykiska ohälsan är dels nära kopplad till den kroppsliga hälsan och dels utgör den en av de största orsakerna till arbetsoförmåga. Att ha god tillgång till vård för den psykiska hälsan är lika viktigt som för den kroppsliga. Genom att utveckla förutsättningarna för e-hälsa – d.v.s. användandet av digitala verktyg och plattformar för att behandla fysisk och psykisk hälsa – kan vi avlasta och öka tillgängligheten inom primärvården. Vårdanalys har visat att vissa personer, framför allt unga nyblivna föräldrar, ofta

besöker primär- eller akutsjukvården när de egentligen har behov av stöd och egenvård. Det krävs därför bättre information om vart det är lämpligt att vända sig vid olika vårdbehov. Denna information kan exempelvis ges via 1177 Vårdguiden, apoteken, elevhälsan samt barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler. Information om var och hur du söker vård samt stöd i egenvård behöver även tillgängliggöras ännu mer på fler språk.

2.5.3 Förstärkt förebyggande arbete genom primärvården

Kristdemokraterna avser att förstärka primärvårdens förebyggande hälsoarbete. Det handlar om att ge stöd till bättre egenvård, förebygga beroendeproblematik av skilda slag och stödja ett friskare liv genom att peka på friskfaktorer i samband med primärvårdens reguljära möte med patienten. Vi anser även att apoteken och deras kompetenta personal kan bidra i det förebyggande arbetet för hälsan genom att förstärka deras roll i vårdkedjan.

Egenvård har en stor potential för att få en helhet i hälso- och sjukvården. Men det kommer inte av sig själv utan kräver planerade och strukturerade insatser från samhället i stort och från hälso- och sjukvården. Ohälsosamma matvanor tillsammans med otillräcklig fysisk aktivitet är två av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst. Ett av Kristdemokraternas viktigaste förslag för att möta detta är att vi vill se mer idrott och hälsa i skolan. Vid etablerad ohälsa kan fysisk aktivitet på recept och stöd från bland annat fysioterapeut fungera i många fall. I sammanhanget bör nämnas att Kristdemokraterna också vill se ett utökat skatteavdrag för mer friskvård. Baserat på Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets rekommendationer har Kristdemokraterna även för avsikt att verka för en utredning av hur offentliga styrmedel (som till exempel lagar, regelverk, riktade statsbidrag, skatter, subventioner och avdragsmöjligheter), varningstexter och informationsinsatser samt nationell målstyrning kan användas effektivt för att främja förutsättningarna för hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet och i förlängningen en förbättrad folkhälsa.

2.5.4 En mer tillgänglig missbruks- och beroendevård

I Sverige dricker ungefär en miljon personer (över 15 år) så mycket alkohol att de skadar eller riskerar att skada sin hälsa.⁴ Av dessa har ca 350 000 utvecklat ett beroende. Ansvaret för missbruks- och beroendevård delas av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I syfte att förbättra samverkan mellan kommun och landsting införde Kristdemokraterna tillsammans med alliansregeringen lagkrav på obligatoriska samordnade individuella planer (SIP) för personer med missbruksproblem som har behov av insatser från båda huvudmännen.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar i sin rapport ”Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården” (2017:1) att 19 av 21 landsting har länsöverenskommelser på plats, men endast 62 procent (153 av 246) av de svarande kommunerna uppgav att det fanns lokala överenskommelser. Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatrin, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Vidare påpekar huvudmännen att det

⁴ Missbruksutredningen SOU 2011:35.

varit svårt att komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, särskilt på lokal nivå och när det gäller det finansiella ansvaret.

Majoriteten av personer som uppfyller kriterierna för alkoholberoende eller riskbruk är socialt väl fungerande med bostad och arbete. Trots detta är det vanligtvis socialtjänsten som är den första kontakten vid alkoholproblematik, oavsett behov av sociala insatser eller inte. Detta är problematiskt då en studie från Göteborg (Hausken m fl, 2016, Läkartidningen) visar att mindre än en procent skulle vilja söka hjälp för sin alkoholproblematik via socialtjänsten och att ca 60 procent önskar söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Effekten blir att många som är i behov av vård inte söker hjälp för sin alkoholproblematik.

Lättillgänglig vård i en avstigmatiserad vårdmiljö är avgörande för att möta behovet av vård för den stora grupp av socialt väletablerade personer som har ett skadligt alkoholbruk. Kristdemokraterna anser därför att primärvårdens arbete med missbruks- och beroendevård bör förstärkas och intensifieras. ”Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa” i Stockholm är ett gott exempel på en väl fungerande verksamhet med uppdraget att erbjuda beroendevård till personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Dessa mottagningar har med andra ord helhetsansvaret för patienterna och socialtjänsten är inte inkopplad. Att erbjuda hjälp till de som behöver sluta dricka eller minska sin alkoholkonsumtion innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser uppstår är en social investering. Inom ramen för vår satsning på primärvården ges därför ett utrymme för att förstärka och intensifiera missbruks- och beroendevård i varje landsting.

2.5.5 Rehabilitering

Effekterna av en sjukdom eller skada kan många gånger begränsas om rehabilitering påbörjas snabbt och intensivt. Tyvärr ser vi brister i detta för flera patientgrupper. Förutom hemtagningssteamens viktiga roll för att rehabiliteringsinsatser ska komma igång efter en sjukhusvistelse vill vi att det säkerställs att det finns medicinskt ansvariga rehabiliterare (MAR) i alla kommuner.

2.6 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas

Den nationella vårdgarantin har varit starkt bidragande till att korta väntetiderna väsentligt de senaste åren. Den nationella vårdgarantin 0–7–90–90 dagar innebär att du ska kunna få kontakt med primärvården samma dag som du söker (per telefon eller besök), få tid hos allmänläkare inom sju dagar, tid hos specialist inom 90 dagar och vid konstaterat behov av behandling ska den ges inom ytterligare 90 dagar.

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin bör utvecklas:

- Vi vill att alla ska ha rätt att inom 24 timmar träffa den vårdkontakt inom primärvården som kan möta behovet. Det kan vara läkare, men även t.ex. sjuksköterska, distriktssköterska, psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut.
- Vårdmötet kan antingen ske per telefon eller i form av ett digitalt eller fysiskt besök beroende på patientens behov.
- Vårdgarantins nuvarande tidsgränser 0–7–90–90 bör kompletteras med en yttre tidsgräns på 120 dagar som omfattar hela vårdkedjan. Det innebär att från första kontakt, specialistbedömning, diagnos, provtagning, röntgen etc. till genomförd åtgärd ska det gå maximalt 120 dagar.

- Om den individuella vårdplanen innefattar återbesök vill vi att det ska finnas en återbesöksgaranti i form av ett skriftligt åtagande i vårdplanen, där tidpunkten och formen för återbesöket anges.

2.7 E-hälsa

Genom att utveckla förutsättningarna för e-hälsa – d v s användandet av digitala verktyg och plattformar för att uppnå och bibehålla hälsa – kan vi avlasta primärvården. Vi vill i ännu högre grad kunna nyttja den potential som e-hälsa kan innebära inte minst där avstånden är långa eller när det finns andra svårigheter att fysiskt förflytta sig till vården. Glesbygdsmedicinskt centrum har genom användandet av e-hälsa kunnat förbättra vården och öka tillgängligheten till den bästa kompetensen för sina patienter. Genom att nyttja de plattformar och tekniska lösningar som finns för att säkra både integritet och patientsäkerhet kan ännu fler få vård snabbt och på rätt nivå. Genom digitala vårdmöten kan kontinuitet och uppföljning förstärkas. Återkopplingen kan göras med patienten, sjukhusets specialister och primärvården tillsammans. Som ett led i detta behöver bland annat sjukvårdsrådgivningen som ges via 1177 Vårdguiden på webben eller telefon kvalitetssäkras, förstärkas och integreras bättre i primärvården.

Att nyttja e-hälsa kan även avlasta vårdpersonalen genom utökade möjligheter till besöksbokning samt att patienten redan inför vårdtillfället kan tillhandahålla de uppgifter som är relevanta. Ytterligare en förbättring vore möjligheten att exempelvis skicka in fotografier till sjukvårdsupplysningen eller Giftinformationscentralen på specifika hudbesvär eller på svampar, bär eller växter som förtärts. Det skulle möjliggöra mer kvalitetssäkra råd om lämplig egenvård eller uppmaningar att uppsöka vården.

Den administrativa bördan för vårdpersonalen behöver minska så att tid frigörs till arbete med patienterna. Detta görs bland annat genom utveckling av bättre it-stöd. Det finns all anledning att vara kritisk till vårdens bristfälliga it-stöd och plattformar som bland annat resulterar i att vissa uppgifter t ex till kvalitetsregister måste dokumenteras flera gånger. Samtidigt är det när sjukhuset eller vårdcentralen systematiskt följer upp och jämför sina resultat över tid och med andra som vårdens kvalitet ges förutsättningar att hela tiden förbättras. Här har välfungerande kvalitetsregister en nyckelfunktion. När vårdprocesserna förbättras genom personalens idoga arbete med förbättringsmetoder är det patienterna som blir vinnare.

Nationell samordning och dokumentation av relevant information inom vården skapar en värdefull plattform för forskning och kvalitetsutveckling. För patienterna är det en stor vinst med välfungerande kvalitetsregister och öppna jämförelser. Sveriges kvalitetsregister utgör en unik möjlighet att följa upp och utveckla vården på ett sätt som andra länder saknar. Genom registerstudier kan vi exempelvis följa upp behandlingseffekter och risker med specifika läkemedelsbehandlingar eller effekter av rehabiliteringsmetoder i stora patientpopulationer. De stora kvalitetsförbättringar vi har sett inom vården och omsorgen om äldre hade inte kunnat genomföras utan detta noggranna mätningarbete.

För att ytterligare underlätta och effektivisera möjligheten att samla in, använda och dela data i syfte att förbättra hälsa krävs nationell och strukturerad samordning. Stat, landsting och kommuner måste utveckla sina samarbetsformer för att stödja standardisering och kunskapsuppbyggnad på kvalitetsregisterområdet. Vårt förslag om att staten ska ta ett huvudansvar för vården skulle verka stimulerande på denna

samordning. Vi anser att en nationell upphandling av en gemensam teknisk plattform för kvalitetsregistren bör genomföras i samverkan mellan huvudmännen och staten.

Även de svenska patientorganisationerna är tillskyndare av kvalitetsregister eftersom deras medlemmar gynnas. Vi anser att ett tydligare patientperspektiv behövs i kvalitetsregistren. Idag är kvalitetsregistren ofta utformade utifrån vårdgivarnas behov snarare än patienternas. Patienterna bör exempelvis ges bättre möjligheter att komplettera kvalitetsregistren med egen data.

Det är också värt att notera att arbetet med Hälsa För Mig, det personliga hälsokontot som E-hälsomyndigheten har jobbat med, ännu än gång har strandat vilket är mycket beklagligt. Regeringens beslut att flytta myndigheten har inneburit att de helt har tappat styrfart. E-hälsa kan stödja vårdens processer, men kan också hjälpa individer att inte behöva uppsöka vården. Vi står inför en enorm utmaning när det gäller prevention av de stora folksjukdomarna. De friska ska hålla sig friska. Här skulle det kunna finnas en kraft i Hälsa För Mig. Att ge varje person möjlighet att lagra information som är intressant ur inte bara ett sjukvårdsperspektiv utan också sitt eget hälsoperspektiv. Regeringen måste påskynda detta arbete.

2.7.1 E-hälsomyndigheten

Kristdemokraterna inrättade E-hälsomyndigheten för att samla det viktiga e-hälsoarbetet. Vi ser positivt på att regeringen satt upp ett konkret och ambitiöst mål för att fullfölja det arbete vi påbörjade på detta område men är oroliga för att myndigheten och därmed arbetet kommer att tappa fart på grund av regeringens beslut att flytta huvuddelen av myndighetens arbete till Kalmar. Vi avsätter i vår budget liksom regeringen 30 miljoner kronor extra till E-hälsomyndigheten men anser att dessa medel borde användas direkt i verksamheten och inte till en kostsam flytt.

2.8 Läkare inom den kommunala hemsjukvården

Bristen på vårdplatser är reell men den gäller inte hela sjukvården och inte hela året. Oftast finns lokaler men personal saknas. Det handlar också om att vårdkedjan inte fungerar på önskvärt sätt för många äldre och andra med nedsatt autonomi. Övergången till det egna boendet eller till ett anpassat boende måste bli bättre för att säkerställa att vårdplatserna på sjukhusen är tillgängliga för de patienter som har störst behov. Här är Kristdemokraternas förslag med hemtagningsteam och fler äldreboendeplatser en nödvändig komponent. Den senaste nationella kartläggningen av hemsjukvården gjordes av Socialstyrelsen 2008, och den visar att antalet personer som får hälso- och sjukvårdsinsatser i sitt hem ökar.⁵ Det ställer större krav på en effektiv samverkan mellan flera professioner och delar av vård- och omsorgssystemet över de organisatoriska och kompetensmässiga gränserna. Det är också viktigt att säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig för att säkerställa kvaliteten i hemsjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen får landstingen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende (hemsjukvård) till en kommun inom landstingets geografiska område, dock inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Socialstyrelsens granskning visar att bristen på läkare i den kommunala hemsjukvården leder till för liten tillgång till läkare, för stort antal delegeringar per sjuksköterska, dålig

⁵ ”Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer”.

åtkomst till journalanteckningar samt brister i hur gränsdragningen görs mellan landstingen och kommunerna. Vi föreslår att kommuner ges möjlighet att anställa läkare i syfte att dels klara vårdkedjan inom hemsjukvården med bibehållen medicinsk kvalitet och dels frigöra fler vårdplatser inom sjukvården. För att ytterligare förbättra tillgången på vårdplatser krävs det också fler mobila enheter som kan ge vård i hemmet i de fall detta är en bättre lösning än inläggning vid sjukhus. Vårdplatser av utpräglad korttidskaraktär är också en möjlighet som bör prövas på fler håll. På Glesbygdsmedicinskt centrum, som bedriver ett forskningsbaserat vårdutvecklingsarbete i Västerbotten, finns exempelvis ett antal vårdplatser inom ramen för primärvården.

2.9 Ökad delaktighet – certifierade patienter

Studier från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att en stor förändring pågår inom primärvården. Majoriteten av dagens patienter söker själva upp information om sin hälsa snarare än att enbart förlita sig på informationen från ett vårdbesök. Kraven på lättillgänglig sjukvårdsupplysning via exempelvis 1177 Vårdguiden ökar därmed. Men genom att ge mer egenmakt till de patienter – eller deras närstående – som vet, kan och vill mer än vad vården i allmänhet förväntar sig av en patient kan vi avlasta primärvården.

Självklart ska den med flera eller omfattande sjukdomar få det stöd och de resurser han eller hon behöver inom vården. Men det är också viktigt att komma ihåg att många patienter med kroniska sjukdomar blir experter på sin egen sjukdom och hur de reagerar på olika typer av behandling. Många patienter med kroniska sjukdomar efterfrågar också en större frihet och ett större eget ansvarstagande för sin sjukdom. Att det pågår en utveckling mot det etiska förhållningssätt i vården som utgår från varje patients hela livssituation i det som brukar benämnas personcentrerad vård är viktigt men det är inte tillräckligt. Dagens avancerade mätinstrument för egenkontroll som ger till exempel personer med typ 1-diabetes en god kontroll över blodsockernivåerna och deras hälsotillstånd över tid ger dem den möjligheten. Dessa patienters expertis och önskan om ett större egenansvar tas idag inte alltid tillvara på ett effektivt sätt inom vården. Genom att nyttja dessa patienters kompetens och möjlighet till egenkontroll av det egna hälsotillståndet kan vårdens personal avlastas genom att exempelvis antalet fysiska läkarbesök kan minskas. Vårdens professioner ges då bättre förutsättningar och får mer tid till att hjälpa de patienter som är i störst behov av det.

Idag fungerar detta tillvägagångssätt med ökad delaktighet och ökat ansvar väl för patienter i behov av dialys. Runt om i landet har det vuxit fram enheter för självdialys, dvs en avdelning där patienterna själva bokar in sina tider, förbereder dialysbehandlingen och genomför den på egen hand. Allt ifrån att sätta nålen själv till att ställa in dialysmaskinen. Det är även patienten som styr och anpassar dialysintervallet utifrån sitt vårdbehov och det dagliga livet. Vårdpersonalen finns tillgänglig när det behövs men till stora delar klarar patienterna av att sköta sin egen behandling i vårdens lokaler. Detta har inneburit en stor avlastning av vårdpersonalen och patienterna som har valt självdialys upplever både större frihet och förbättrat hälsotillstånd. Samma tankesätt bör användas för fler patientgrupper med kroniska sjukdomar.

Vi föreslår därför att vi utreder möjligheten för läkare att certifiera vissa patienter i syfte att ge dem befogenhet att själva styra delar av sin vård. Certifierad patient kan den

bli som är engagerad, motiverad och väl insatt i sin sjukdomsbild och sin behandling. Vidare har patienten en stabil kronisk sjukdomsbild med fungerande behandling.

Den som av sin läkare blir certifierad patient ska exempelvis kunna ta eget ansvar för förnyelse av vissa recept, hjälpmedelskort och kunna beställa vissa återkommande laboratorieprover. Vilka delar av behandlingen som den certifierade patienten ska få utökat ansvar för ska utgå ifrån riktlinjer fastställda i samråd med läkaren och efter ifyllande av informerat samtycke. Den certifierade patienten ska ha möjlighet till kontakt med sin läkare via e-post och självklart kunna få träffa vårdgivaren för nödvändig uppföljning, vid förändrat hälsotillstånd eller vid behov av förändring av behandling eller medicinering.

Förutom utvalda patienter med kroniska sjukdomar, kan man tänka sig att certifiera patienter som har återkommande och normalt tämligen okomplicerade åkommor som exempelvis urinvägsinfektioner. Dessa patienter skulle på eget initiativ kunna få göra en odling vid ett laboratorium. Vid bekräftad urinvägsinfektion kan de få adekvat läkemedelsbehandling utan kontakt med läkare.

2.10 Återinför kömiljarden

Patienter ska inte behöva vänta på vård mer än absolut nödvändigt. Dels för att minska lidandet för den enskilde, dels för att förhindra att tillståndet förvärras och i värsta fall leder till döden. Därför är frågan om att korta vårdköer och att förstärka vårdgarantin en anständighetsfråga och en nödvändighet för att upprätthålla en hälso- och sjukvård i världsklass.

Under alliansregeringen genomförde vi en rad viktiga satsningar som minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i landstingen.

Dessvärre avvecklade vänsterregeringen kömiljarden 2015. Sedan dess har köerna ökat och uppfyllelsen av vårdgarantin har försämrats. Det finns stora skillnader i väntetider mellan olika verksamheter – både inom och mellan landsting och vårdområden. Dessutom framkommer det i en utvärdering från Vårdanalys att vårdgarantin inte riktigt når patienter med svårare och flera sjukdomar.

De negativa effekterna av den slopade kömiljarden är påtagliga inom exempelvis specialistsjukvården. Siffror från öppna jämförelser visar att måluppfyllelsen för att få tid för ett första besök hos en specialist inom 90 dagar (vårdgarantins gräns) har sjunkit från 86 (juli 2013) till 76 procent (juli 2017). Samtidigt som måluppfyllelsen för att få en tid för planerad operation eller annan åtgärd inom vårdgarantin har sjunkit från 82 (juli 2013) till 68 procent (juli 2017). Effekten av den försämrade uppfyllelsen av vårdgarantin blir att antalet personer som står i köerna till operation eller åtgärd inom den specialiserade vården har ökat dramatiskt. I juli 2017 hade närmare 72 000 personer väntat i mer än 90 dagar på första besöket hos en specialistläkare. En ökning med 72 procent sedan 2014. Samtidigt väntar drygt 36 000 personer mer än tre månader på att få en operation. En ökning med 96 procent sedan 2014.

Vänsterregeringen ersatte kömiljarden med en så kallad professionsmiljard. En ersättning som tilldelas landstingen helt utan krav på motprestation, uppföljning eller utvärdering. Det är inte en ansvarsfull hantering av våra gemensamma resurser och det är de sjuka som får betala priset. Risken för att hälsotillståndet ska försämrast under den

långa väntetiden är en reell patientsäkerhetsrisk. Den oro som patienter och deras anhöriga upplever under väntan är ovärdig.

För att återigen korta köerna och öka tillgängligheten föreslår vi att ett prestationsbaserat statsbidrag, likt kömiljarden, återinförs. Ett ersättningsystem som ger landstingen förutsättningar och drivkraft att arbeta kontinuerligt, strategiskt och metodiskt för att korta vårdköerna och stärka vårdgarantin. Parametrarna för ersättning bör optimeras för att ge huvudmännen förutsättning och drivkraft att skapa mer sammanhållna vårdkedjor. Utvärdering bör ske regelbundet. Vi avsätter 1 miljard kronor för varje år 2019–2020 för detta ändamål.

2.11 Vårdplatsgaranti inom sjukhusvården

Antalet vårdplatser har minskat varje år sedan lång tid tillbaka. Dels beror minskningen på att vårdarbetet förändrats i riktning mot mer dagkirurgi och behandlingar som inte kräver inläggning. Detta är i sig oftast positivt. Men förändringen beror också på att landstingen av personal- och resursskäl minskat antalet vårdplatser. Detta har lett till bristande tillgänglighet, längre köer och att äldre och kroniskt sjuka fått stå tillbaka.

En rapport från Socialstyrelsen 2017 anger följande:

Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov man har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Dessa problem verkar också ha tilltagit under mätperioden. Det finns ett tydligt mönster som visar att problemen är störst under januari samt juni–augusti samt att topparna är högre i slutet av mätperioden än i början med exempelvis en tydlig skillnad mellan 2013 och motsvarande månader 2016.

Det är dags att göra en rejäl satsning på fler vårdplatser så att det nya välfärdslöfte som Kristdemokraterna vill se kan förverkligas. Hög genomsnittlig beläggningsgrad leder till överbeläggningar eller att patienter vårdas på fel avdelning med de medicinska risker detta innebär. Målet måste vara att alla patienter som behöver läggas in får plats på vårdavdelning med rätt medicinsk kompetens. För att det ska vara möjligt att uppnå detta behövs fungerande vårdkedjor och på många platser även en utbyggnad av antalet vårdplatser så att det finns tillräckligt med luft i systemet för att klara belastningstoppar.

Vi föreslår att landstingen får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 90 procents beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje landsting på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Det innebär att sjukhusen kan ha full beläggning (100 procent) eller mer enstaka dagar men inte under någon längre period för att klara ett genomsnitt varje månad om 90 procent.

Vi tror att prestationsbaserade ersättningar är bästa metoden för att uppnå resultat. Modellen styr inte hur man uppnår det. Landsting/sjukhus kan agera efter sina förutsättningar, och samverkan mellan kommun och landsting är nödvändigt för att

uppnå ett gott resultat. Våra förslag om en äldreboendemiljard och äldreboendegaranti medverkar till att målet kan nås.

Den totala ersättning vi föreslår är 2 miljarder kronor per år för 2018 och 2019 samt 3 miljarder kronor för 2020 i syfte att få till stånd tillräckligt antal vårdplatser.

2.12 Kortare köer till akuten

En del människor upplever akutvården som en enda lång väntan på vård istället för ett akut omhändertagande. Det är de äldre som är mest utsatta. Siffror från Socialstyrelsen visar att antalet besök på akuten ökar dramatiskt för åldersgruppen över 80 år. Patienter 80 år och äldre har längst total vistelsetid på akuten – 3 timmar och 39 minuter, jämfört med personer 19–79 år gamla. Var tionde patient 80 år och äldre får i genomsnitt vänta 3 timmar och 14 minuter eller längre innan de blir bedömda av läkare och 7 timmar och 18 minuter eller längre innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården.

Det är viktigt att korta väntetiderna på akuten. Kristdemokraternas satsning på primärvården och förslag om införande av vårdserviceteam och möjligheten för kommuner att anställa läkare inom hemsjukvården är avgörande, men ytterligare åtgärder behövs. Många landsting arbetar med akutvårdsgarantier och en förändrad organisation för att förbättra akutvården. Vi menar att det krävs flera åtgärder för att få den akuta vården att leva upp till sitt namn.

Det krävs bättre information till patienterna om vart de ska vända sig i olika situationer. Vårdcentraler som är öppna dygnet runt och finns i anslutning till akutmottagningen är ett gott exempel och förtjänar att finnas i fler landsting. För att förbättra vårdkedjan arbetar vissa huvudmän med s.k. virtuella vårdavdelningar där patienter ”skrivs in” fastän de vårdas i hemmet. Ett annat exempel är så kallade direktinläggningar på vårdavdelning.

Specialistläkare i akutsjukvård som är fast placerade på akutmottagningen är också en metod som används för att få ett effektivt omhändertagande. Genom att göra akutvården mindre beroende av specialister från andra avdelningar kan akutvården organiseras effektivare.

De mest sjuka äldre är en grupp patienter som påtagligt behöver ett bättre omhändertagande på akutmottagningen. Okonventionella lösningar med dessa patienter i centrum bör prövas. ALMA-team på Linköpings universitetssjukhus är ett sådant exempel. ALMA-team innebär att äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov, som är lågt medicinskt prioriterade, får ett värdigt, säkrare och mer optimalt omhändertagande på akutmottagningen genom att de får möta ett team som har kompetens och erfarenhet av att vårda äldre personer. Samverkan och kontakter sker med primärvård och kommun i de fall patienten bedöms ha behov av utökade insatser och med hjälp av dessa kan vårdas hemma istället för att bli inlagd. De första utvärderingarna visar på goda kvalitetsresultat beträffande omhändertagande och bemötande.

2.13 Patientansvarig läkare

Vårdanalys visar att endast mellan 35 och 67 procent av patienterna (beroende på landsting) ofta träffar samma läkare inom primärvården. Dessutom brister samordningen mellan vård och omsorg framför allt för tre patientgrupper: multisjuka

personer med begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa och personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom.

Begreppet patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen år 1991, men togs bort 2010 med syftet att möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt. Den person i vårdteamet som är bäst lämpad i varje enskilt fall är tänkt att utses till fast vårdkontakt. Tyvärr upplever många patienter att systemet är otillräckligt. För att främja kontinuitet och patientens anknytning till en viss läkare vill vi att begreppet PAL ska återinföras i lagstiftningen. Det är viktigt framförallt för de patienter som har omfattande, allvarliga eller långvariga vårdbehov. Bara om patienten aktivt avstår från en PAL kan det räcka med en samordnad individuell vårdplan (SIP) i enlighet med den utformning som finns i dagens lagstiftning. Det ska komma an på PAL att samordna de övriga specialiteter som patienten kan ha behov av. Oavsett om det är flera kompletterande fasta vårdkontakter eller vårdkontakter av mer tillfällig natur. Därför föreslår vi att patientansvarig läkare återinförs och avsätter 300 miljoner kronor för vardera året 2018–2020.

2.14 Hemtagningsteam

Ett ökat omsorgsbehov uppstår ofta, tillfälligt eller permanent, efter en sjukhusvistelse. Behovet är störst hos multisjuka äldre, personer med svåra kroniska eller återkommande sjukdomar samt personer som drabbats av en allvarlig olycka. Den nya livssituationen medför ofta en stress för både patient och anhöriga. För att skapa trygghet och god omsorg efter hemgång krävs därför en effektiv samordning mellan kommuner och landsting. Tyvärr brister ofta samordningen vilket leder till ökad oro hos patienten och dess anhöriga. I förlängningen leder det även till upprepad sjukhusvård och mer omfattande omvårdnadsinsatser.

Kristdemokraterna vill införa hemtagningsteam för att underlätta hemgången från sjukhuset till det egna boendet. Teamet kan exempelvis bestå av undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Det vore även värdefullt om kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och om personal med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ingår i teamet. Goda exempel finns i Eksjö, Kalmar, Östersund och Karlskrona.

Genom hemtagningsteamet närvarar personal som är känd av patienten, under hela kedjan från planering av hemgången till start av rehabilitering och etablerad kontakt med eventuell hemtjänst och primärvård. Teamet närvarar under transporten hem om behovet finns. Vid hemkomsten säkerställs att det finns mat och läkemedel för de första dagarna. Vid behov görs en första anpassning av boendet och teamet ansvarar för att rehabiliteringsinsatser kommer igång omedelbart.

Det är glädjande att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612), som träder i kraft den 1 januari 2018, skapar goda förutsättningar för att etablera hemtagningsteam. Enligt lagen ska den behandlande läkaren, när en patient är bedömd utskrivningsklar, så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning. Senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården ska information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård ges till berörda enheter. Men det är inte tillräckligt. Därför har vi krävt av regeringen att återkomma till riksdagen med förslag om hur det samlade omhändertagandet i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre och kroniskt multisjuka patienterna ska ske.

Den nya lagen om samverkan efter utskrivning från sjukhusvård är ett steg i rätt riktning. Men dedikerade hemtagningsteam skulle skapa ytterligare trygghet under en utmanande fas i livet. Ambitioner med att införa hemtagningsteam i olika former pågår redan i olika omfattning runt om i landet. Det är bra, men vi anser att dessa insatser behöver finnas överallt och nå alla patienter med behov. Vi avfärdar regeringens satsning på 12 miljoner för samordning mellan landsting och kommun. I stället anslår vi 500 miljoner kronor årligen till de kommuner och landsting som tar ett gemensamt ansvar för att förbättrad trygghet vid hemgång från sjukhuset ska uppnås.

2.15 Bättre förutsättningar för vårdpersonal

Många av de förslag som Kristdemokraterna lämnar för att förbättra för patienterna förbättrar också arbetsmiljön för vårdpersonalen. När arbetsstrukturen ger förutsättningar för kontinuitet och trygghet minskar stressen för personalen. När överbeläggningarna minskar och samverkan mellan landsting och kommun blir bättre kan personalen ägna mer tid åt patienten. Hälso- och sjukvården blir då en mer attraktiv arbetsplats. För att säkra kompetensförsörjningen krävs det emellertid ytterligare satsningar.

Trots att det aldrig funnits fler anställda sjuksköterskor och läkare så råder ändå en stor personalbrist. I Arbetsförmedlingens lista över bristyrken 2017 är sju av de topp 20 listade bristyrkena yrken inom hälso- och sjukvården. Bristen gäller främst olika specialistsjuksköterskor, men även läkare, barnmorskor och psykologer. Såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har återkommande pekat på att bristen på kompetent personal utgör en patientsäkerhetsrisk. Det omfattar såväl den somatiska som den psykiatriska vården. I flera av sina tillsynsärenden pekar IVO på att brister i bemanning medför svårigheter att leda och styra verksamheter. Svårigheter med rekryteringar har lett till bemanning med tillfälligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal. Vid IVO:s tillsyn framkom exempelvis att en vårdcentral hade 1,75 fasta läkare på åtta tjänster. En annan vårdcentral med sex tjänster hade endast tillgång till en tillsvidareanställd läkare med 50 procents tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

Förutom att utöka antalet utbildningsplatser är det viktigt att säkerställa att ännu fler av den erfarna vårdpersonalen stannar kvar i yrket. Även om det förekommer att utbildad vårdpersonal söker sig till andra yrken så finns många kvar. Av utbildade sjuksköterskor finns 91 procent kvar i yrket efter fem år, 87 procent är kvar efter åtta år. Mer behöver göras för arbetsmiljön så att ännu fler är kvar och framförallt är det viktigt när det gäller erfaren personal. Sjukvårdshuvudmännen har här ett mycket stort ansvar för arbetsmiljön och för att personal med en längre sjukvårdsutbildning ska arbeta med det de är utbildade för. Arbetsgivaren såväl som rättsvårdande myndigheter måste även ta ett större ansvar för att sjukvården ska vara en trygg arbetsplats. Hot och våld mot vård- och omsorgspersonal ska aldrig accepteras (Kristdemokraternas konkreta förslag på åtgärder inom detta område återfinns i vår kommittémotion ”Tydliga reaktioner mot brott”). Vårdpersonal vittnar om att de långa väntetiderna på akutmottagningarna bidrar till att många patienter och anhöriga bygger upp en frustration som ibland handgripligen utageras på personalen. För att minska väntetiden på akuten och den frustration som den långa väntetiden innebär är Kristdemokraternas miljardsatsning på primärvården avgörande. Genom en mer tillgänglig och flexibel primärvård kan vi erbjuda fler patienter vård i rätt instans och därigenom utnyttja resurserna mer effektivt.

Sjuksköterskorna är ovärderliga för att säkerställa en god vårdkvalitet. Arbetsvillkoren måste förbättras och statusen på yrket höjas för att fler sjuksköterskor i ännu högre utsträckning ska vilja och orka stanna inom vården. Sjuksköterskorna måste få fokusera på vården. Vi vill därför införa vårdserviceteam som kan avlasta med arbetsuppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Även arbetsledningen måste förbättras genom ledarskapsutbildning och vi vill ge sjuksköterskor bättre möjlighet till specialistutbildning. Så kallade utbildningsanställningar under specialistutbildning kan vara ett sätt att öka tillgången på kvalificerad personal. Vi anser även att införandet av karriärtjänster för klinisk forskning skulle stimulera vårdpersonalens kompetensutveckling.

Läkare inom allmänmedicin är en underskattad kompetens som är ovärderlig för att upprätthålla en god vårdkvalitet inom primärvården. Förutom att fler allmänläkare behöver utbildas är det viktigt att valideringsprocessen fungerar väl för läkare med utländsk examen. Vi måste även uppvärdera allmänläkarnas status. Förenklad administration runt intyg till Försäkringskassan skulle ge läkaren mer tid till att fokusera på mötet med patienten. Likaså skulle införande av digitala verktyg där patienten själv, inför besöket, fyller i grundläggande information innebära en avlastning. Vi förordar också en kartläggning och en nationell åtgärdsplan för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

2.16 Vårdserviceteam i vården och äldreomsorgen

För många som arbetar inom vården är arbetssituationen pressad. Sjuk- och undersköterskor vill ge en mer kvalitativ vård. Tidsbrist tvingar dem dessvärre alltför ofta att kompromissa med de egna värderingarna, ambitionerna och visionerna om hur arbetet ska utföras. För att förbättra kvaliteten i vården behövs fler händer. Det krävs också att vi använder resurserna på rätt sätt. Varje personalkategori ska göra det som de är utbildade för. Vi vill därför att vårdpersonalen ska avlastas från de arbetsuppgifter som är viktiga för att omvårdnad ska fungera, men som inte kräver en lång vårdutbildning – så kallad vårdnära service. Arbetsuppgifterna kan exempelvis handla om att servera mat och plocka undan disk efter måltider, att sköta förråd, transporter av patienter och prover mellan olika avdelningar, städning samt administrativa uppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Genom att anställa servicepersonal inom vården kan vi frigöra mer tid för omvårdnad av varje enskild patient.

Goda exempel finns exempelvis på S:t Görans sjukhus, i Visby och i Nyköping. Genom att en serviceorganisation fick ansvar för alla patienttransporter på ett sjukhus frigjordes där 800 arbetstimmar från vårdpersonalen varje vecka. Servicepersonal utbildade för städningen inom hälso- och sjukvård är ett annat exempel som inte bara avlastar vårdpersonalen utan även minskar riskerna för vårdrelaterade infektioner.

Vi avsätter 1,1 miljarder per år 2018–2020 för att införa prestationsbaserade medel för att alla vårdgivare ska kunna anställa renodlad vårdservicepersonal på landets sjukhus och i primärvården. Staten ska träffa en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där villkoret för att ett landsting ska få del av stimulansmedlen är att de undertecknar överenskommelsen och kan uppvisa en trovärdig plan för hur de nya tjänsterna ska skapas. En del betalas ut till vårdgivarna i förskott och resterande del när de kan uppvisa resultat.

Även inom äldreomsorgen finns arbetsuppgifter som utförs av personal med en längre vårdutbildning som med fördel istället skulle kunna utföras av en annan

yrkeskategori. Vi avsätter därför ytterligare 500 miljoner kronor per år 2018–2020 för vårdserviceteam i äldreomsorgen.

2.17 Fler utbildningsplatser för vårdpersonal

För att åtgärda kompetensbristen inom vården har antalet utbildningsplatser till olika vårdutbildningar byggts ut under flera år. Även i år fortsätter den utbyggnaden, men takten måste öka för att möta behovet. Särskilt stort är behovet av fler utbildningsplatser inom förlossningsvården, psykiatri och vissa specialistsjuksköterskor. Även antalet utbildningsplatser till exempelvis undersköterskor ska byggas ut och utbildningen ska i ökad utsträckning kunna ske parallellt med sfi-utbildning, för den som behöver det. Vi avsätter 100 miljoner 2018, 200 miljoner 2019 och 300 miljoner 2020 för detta ändamål under utgiftsområde 16.

2.18 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården

För att vi ska kunna nå målet om en jämlik hälso- och sjukvård är det angeläget att tänka nytt och vända på alla stenar. De nordiska länderna har många gemensamma drag, vilket gör att ett samarbete om högspecialiserad behandling borde vara mer självklart än vad det har varit hittills.

Förutom språkliga och kulturella likheter har alla de nordiska länderna även relativt små populationer, och sjukdomsmönster samt klinisk praxis liknar varandra. Därför pågår det redan nu många bra samarbeten om högspecialiserad behandling i Norden. Detta arbete måste dock konsolideras och vidareutvecklas, så att samarbetet bättre förverkligar de inneboende möjligheter som finns att bidra till effektivitet, kvalitet och god användning av de ekonomiska resurserna i länderna.

De nordiska ländernas befolkningar är relativt små och därför är det en utmaning att få ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att utveckla och upprätthålla expertisen vad gäller insatser för särskilt små patientgrupper med behov av högspecialiserad vård. De nordiska länderna har sammanlagt dock cirka 26 miljoner invånare och ländernas gemensamma drag gör att ett nordiskt samarbete är självklart.

De nordiska länderna har under flera år inlett olika samarbeten, till exempel om sällsynta diagnoser, genom informationsutbyte via Rarelink. Dessa samarbeten bör utvecklas, men det är även viktigt att stärka de pågående och nya gemensamma nordiska insatserna och att samordna dem bättre.

För att konsolidera samarbetet och stötta ländernas strategiska bedömning av potentialen för ett nordiskt samarbete förde Bo Könberg, i den rapport han tagit fram på uppdrag av Nordiska ministerrådet i juni 2014, fram förslag om en beredningsgrupp för högspecialiserad behandling i Norden. Ministerrådet för social- och hälsopolitik har under 2016 tillsammans med ministerrådet för livsmedels- och lantbruksfrågor etablerat en tvärsektoriell nordisk strategigrupp mot antimikrobiell resistans och en nordisk folkhälsoarena bestående av regeringstjänstemän med ansvar för folkhälsa. En nordisk grupp för högspecialiserad behandling och ett nordiskt nätverk för sällsynta sjukdomar inledde sitt arbete under 2016. Det norska ordförandeskapet initierade 2017 ett treårigt projekt: Nordiskt forskningssamarbete för bättre hälsa. Två toppmöten har arrangerats om psykisk hälsa. Detta arbete bör även fortsättningsvis vara prioriterat.

2.19 En förbättrad förlossningsvård

Den svenska förlossningsvården har goda medicinska resultat. Men så länge som kvinnor upplever en otrygghet inför sin förlossning har vi inte lyckats helt och fullt. Det finns stora skillnader i förlossningsvårdens kvalitet beroende på var man bor. En kvinna som riskerar att få ett för tidigt fött barn i Uppsala kan behöva åka till Åbo i Finland för att få neonatalvård. I Kalmar har det dragits ned på föräldrakurser under graviditeten som bland annat innefattar förlossningsförberedelser. Socialstyrelsen har nyligen visat att det finns brister inom vården efter förlossningen. Bland annat är det endast vart tredje sjukhus som har tillfredsställande rutiner för att följa upp kvinnors hälsa efter hemgång. För att höja professionens kompetens avseende vilka metoder som är evidensbaserade dels för att förebygga, men även för att behandla förlossningsskador vill vi skapa ett kompetenscentrum runt förlossningsvården och eftervården. Kompetenscentrumet bör upprätta nationella riktlinjer för hela vårdkedjan efter förlossningen för att säkerställa rutiner för att hälso- och sjukvården ska upptäcka och följa upp psykiska och fysiska komplikationer efter förlossningen samt kvinnor i behov av amningsstöd.

Enligt siffror från SCB (2016) uppger 57 procent och 78 procent av arbetsgivarna att de har svårt att rekrytera nyexaminerade, respektive erfarna barnmorskor. Så har det varit i många år vilket tyder på strukturella problem i svensk förlossningsvård. Ökad stress gör att färre barnmorskor vill tjänstgöra inom förlossningsvården. Situationen är särskilt utmanande under sommarmånaderna. När erfarna barnmorskor lämnar sjukhusen försämras förutsättningarna för nyutbildade barnmorskor att skolas in och vårdkvaliteten sjunker.

Arbetsvillkoren och arbetsmiljön måste förbättras för att behålla personalen inom förlossningsvården. Framför allt måste grundbemanningen förstärkas. Kristdemokraternas övergripande satsningar på hälso- och sjukvårdsområdet med statligt huvudansvar för sjukhusvården, ökade vårdplatser, vårdserviceteam, kompetensförsörjning och förbättrade förutsättningar för vårdpersonalen kommer även komma förlossningsvården till gagn. I vår satsning på ett utökat antal utbildningsplatser inom vårdirkenas ingår en utökning av barnmorskeutbildningen med 500 platser fler än regeringens satsning fram till 2021. Förutsättningar för mentorskap från yrkeserfarna barnmorskor ska skapas för de som är nyexaminerade under den första tiden.

Barnmorskornas kunskap och yrkesskicklighet kan användas mer optimalt än idag. Därför vill vi ge dem större möjlighet att utifrån sin kompetens utforma verksamheten. Vi vill se möjligheter till barnmorskeledda enheter i anslutning till akutsjukhusen. Sådana enheter är vanliga i många andra länder, till exempel i Storbritannien och Norge. Det är en vårdform som binder samman hela vårdkedjan med mödravård, förlossningsvård och eftervård. För att garantera patientsäkerheten bör denna typ av enheter ligga intill akutsjukhusen för att snabbt kunna hantera oväntade händelser under förlossningsförloppet.

I de delar av landet där det är långa avstånd mellan hemmet och förlossningskliniken finns det en stor oro över risken att barnet kommer födas i bilen på väg till sjukhuset. Tryggheten inför den stundande förlossningen måste öka för kvinnorna som bor i dessa delar av landet. Vi anser därför att de istället för att bege sig till sjukhuset med bil när förlossningen har satt igång, bör få möjlighet att bo på ett patienthotell i nära anslutning till sjukhuset tillsammans med sin man eller partner inför stundande förlossning.

För att ge förlossningsvården tillräckligt med resurser har Kristdemokraterna varit drivande i frågan om höjda anslag till förlossningsvården. Regeringen har nu höjt anslagen och Kristdemokraterna matchar den satsningen.

3 Flera missriktade satsningar från regeringen

Regeringen har ett flertal reformförslag som handlar om att göra olika insatser gratis för alla. Dessa satsningar kan i sig låta angelägna men Kristdemokraterna vill hellre att medel går till dem som har de minsta marginalerna, inte att alla oavsett ekonomisk förmåga ska få mer av det som redan idag är subventionerat. En bättre prioritering är därför att höja inkomsterna för de barnfamiljer som har det sämst ställt ekonomiskt genom höjt bostadsbidrag, sänkt skatt för föräldrar med låga inkomster och återinförande av en fritidspeng till dessa familjer. För äldre handlar det bland annat om att sänka skatten på pension, höja bostadstillägget för pensionärer och att införa en äldreboendegaranti.

Vad gäller regeringens införande av gratis läkemedel till barn så varnade vi liksom flera remissinstanser för att det skulle riskera att öka läkemedelskonsumtionen bland barn. En första utvärdering har gjorts av E-hälsomyndigheten och det bekräftar de farhågor som fanns. Förutom att trycket ökar på läkarna att skriva ut läkemedel som inte är befogade så finns en risk att läkemedel som egentligen ska användas av någon annan skrivs ut på ett barn för att undkomma kostnaden. Det kan på sikt äventyra patientsäkerheten. Samma problematik finns givetvis även med regeringens förslag avseende äldre. Därför avvisar vi dessa satsningar.

Vi motsätter oss även regeringens satsning med 300 miljoner per år till kommunerna för kostnadsfri simundervisning eftersom säkerställande av barnens simkunnighet redan ingår i skolans uppdrag. För att förbättra möjligheterna till fysisk aktivitet inom skolans verksamhet utökar vi därför antalet idrottstimmar inom grundskolan med 200 timmar upp till totalt 700 timmar. För att utöka och förbättra möjligheterna till simundervisning på idrottstimmarna avsätter vi 50 miljoner kronor inom utgiftsområde 25 för detta ändamål. Det är viktigt att sådan simundervisning inte slår ut befintlig ideellt anordnad simskola, utan är ett komplement.

Kristdemokraterna är positiva till att på olika sätt få fler kvinnor att delta i mammografi eftersom detta ökar benägenheten att tidigt upptäcka bröstcancer och därmed minska dödligheten. På samma sätt är vi positiva till att fler deltar i screeningprogram för cellprovtagning för att upptäcka livmoderhalscancer. En del i att uppnå hög grad av deltagande är att se till att avgiften är låg. Redan idag är avgiften till mammografi starkt subventionerad och i flera landsting är den kostnadsfri och samma sak gäller för cellprovtagning. Det finns dock inget som direkt styrker antagandet att kvinnor väljer bort mammografi eller cellprovtagning på grund av avgiften. Stockholms läns landsting som sedan 2012 har avgiftsfri mammografi konstaterar i sin folkhälsorapport från 2015 att andelen som insjuknar i bröstcancer under det senaste halvsekle har ökat och att vissa sociala skillnader ses i överlevnad. I rapporten konstateras: ”En förklaring kan också vara kvarstående sociala skillnader i deltagande i mammografiscreening – trots att Stockholms läns landsting infört avgiftsfria undersökningar.” Detta visar att det finns andra mer angelägna åtgärder som måste vidtas för att nå grupper som kanske tvekar inför att gå på mammografiundersökningar

och cellprovtagning. Att så ensidigt satsa medlen på att ta bort avgiften riskerar att tränga undan andra viktiga åtgärder för att nå de grupper som i lägre utsträckning följer screeningprogrammen. För att minska den ojämlika hälsan måste vi i högre grad prioritera de grupper som idag har störst risk att dö i förtid av dessa sjukdomar. Vi föreslår därför att de medel som regeringen avsätter till att ta bort avgiften för screening för livmoderhalscancer istället används till riktade insatser för att öka deltagandet i screeningprogrammen i de grupper där den är lägst i mammografi och cellprovtagning.

Studier och intresseorganisationer såsom Cancerfonden menar att det är viktigt med information på andra språk för att nå de grupper som finns i socioekonomiskt svaga områden. Förbättrad information är därför en insats som i större utsträckning når rätt grupp. Tillgänglighet påverkar också deltagandet enligt forskning. Det har funnits försök med ambulande screeningcentraler som har visat sig vara positiva. Det är också tydligt att påminnelser om undersökning har varit viktiga för att öka deltagandet. Den studie som genomförts av utvecklingen i Stockholms län visar tydligt att just utebliven påminnelse också minskar antalet besök. Cancerfonden anför i sitt remissvar att möjlighet till ombokning samt inbudans utformning är viktiga faktorer för att öka deltagandet. Att staten på detta sätt går in och intervenerar i en specifik patientavgift avseende screening samtidigt som landstingen har kvar det övergripande ansvaret kan leda till oönskade effekter. Det som landstingen får ersättning för att göra kan komma att prioriteras medan andra insatser som tidigare gjordes eller borde göras nedprioriteras. Det riskerar att öka ojämlikheten i motsats till vad som är syftet med åtgärden. Vi motsätter oss således inte per definition att screeningprogram blir avgiftsfria. Men avgiftens storlek och hur screeningprogram läggs upp ska beslutas som en helhet på en och samma beslutsnivå. Så länge landstingen är huvudmän så är det där beslut ska tas.

Under kristdemokratisk ledning arbetade alliansregeringen i åtta år för att prioritera insatser för de mest utsatta patienterna med stora satsningar på psykiatri, cancervården och vården av kroniskt sjuka. Genom införandet av fritt vårdval, vårdgaranti och kömiljarden bidrog vår politik till kortare väntetider och vi tog viktiga steg mot en bättre, mer tillgänglig och jämlik vård. Den socialdemokratiskt ledda regeringen som tillträdde 2014 har valt att stoppa flera av alliansregeringens viktiga förändringar inom vård och omsorg. Satsningen på regionala cancercentrum (RCC) avslutas från 2019. Kömiljarden avskaffades, prestationsbaserade ersättningar till vården och omsorgen togs bort, valfriheten hotas nu och den viktiga utredningen om framtidens äldreomsorg lades ned. Enstaka nya utredningar och förslag har tillkommit men de större nödvändiga reformerna lyser fortfarande med sin frånvaro. Medel som tilldelas landstingen helt utan krav på motprestation, uppföljning eller utvärdering har ersatt alliansregeringens prestationsbaserade ersättningssystem, likt kömiljarden, som bevisligen hade en positiv effekt på vårdgaranti och väntetiden inom vården. Kristdemokraterna säger nej till regeringens kravlösa satsningar som de kallar patient- och professionsmiljarder då dessa representerar en oansvarsfull hantering av våra gemensamma resurser eftersom de inte har tillräckliga effekter på vårdens kvalitet och tillgänglighet.

4 Apotek och läkemedel

När vi kristdemokrater tog över ansvaret för apoteken 2006 så låg Sverige i OECD-områdets botten i fråga om antal apotek per invånare. År 2009 genomförde vi en omreglering av apoteksmarknaden. Över hela landet finns det ungefär 1 400 apotek med generösa öppettider och högt utbildad personal. Medborgarna har ett högt förtroende för apoteken. Sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009 har apotekstätheten och tillgängligheten ökat. Siffror från Sveriges Apoteksförnings branschrapport 2017 visar att antalet apotek har ökat från drygt 900 till ungefär 1 400 och att antalet apotek per 100 000 invånare har ökat från 9,9 till 13,9. Till det kan läggas att antalet söndagsöppna apotek har ökat från 154 till 526 stycken. Drygt 78 och 91 procent av befolkningen har idag mindre än fem, respektive tio, minuter till närmsta apotek räknat i färdväg med bil enligt den sammanställning som görs av Tillväxtverket. Endast 0,4 procent av befolkningen har längre restid än 30 minuter. Samtliga apotekskedjor erbjuder även e-handel via internetapotek. Apoteksbranschen är inte vilken bransch som helst. Den som tar på sig ansvaret att vara verksam i denna sektor tar också på sig ansvaret för att tillhandahålla, många gånger helt livsnödvändiga, läkemedel till befolkningen. Därför var alliansregeringen mycket noggrann med att säkerställa en trygg och god läkemedelsförsörjning när reformen genomfördes. Den som vill öppna ett apotek måste uppfylla de stränga krav som finns. Aktörerna i dag är både stora och små, både statliga och privata. Det är fortfarande en ung marknad under utveckling, men klart är att tillgängligheten, kundnyttan och serviceutbudet har ökat kraftigt. Kundnöjdheten är också stabil och hög. Tätheten av apotek per invånare är som högst i glesast befolkade län.

Kristdemokraterna vill säkra kvaliteten och tillgängligheten genom att slå vakt om och utveckla omregleringen av apoteken.

Genom att ge fler möjlighet att starta och driva egna apotek frigörs företagsamhet och initiativkraft som tidigare varit inlåst. Det handlar både om att ge farmaceuter möjlighet att bli egenföretagare och förverkliga egna idéer och om butikskedjor som kan erbjuda nya tjänster och nya koncept. Det är viktigt inte minst för att locka fler till farmaceutyrken. Apoteksgruppen har därför fortsatt en viktig funktion.

4.1 Förstärk apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan

Kristdemokraterna anser att apoteken och deras högt utbildade personal är en viktig, men underutnyttjad resurs inom hälso- och sjukvården. Varje dag besöker drygt 325 000 personer ett apotek i Sverige. Apotekspersonal träffar därmed patienterna från hälso- och sjukvården oftare än vårdpersonalen. Genom att utöka och förstärka apotekens roll i vårdkedjan kan primärvården och därmed även akuten avlastas. Vårdens resurser kan då riktas effektivare mot de patienter som har störst vårdbehov.

WHO uppskattar att så många som 50 procent av kronikerna inte tar sitt läkemedel på rätt sätt. Socialstyrelsen visar att varje år blir 35 000 äldre så sjuka av sina läkemedel att det krävs sjukhusvård. I den nationella läkemedelsstrategin anges att mellan 6 och 16 procent av alla som läggs in på sjukhus gör det på grund av läkemedelsrelaterade problem. Felaktig läkemedelsanvändning uppskattas kosta så mycket som 20 miljarder per år.

I jämförelse med många andra europeiska länder har svenska apotek en mycket begränsad roll i vårdkedjan. I Danmark erbjuder apoteken exempelvis läkemedelssamtal till personer som nyinsjuknat i en kronisk sjukdom. Vid en uppföljning av en grupp

astmepatienter i Danmark som haft läkemedelssamtal hos apoteket visade det sig att antalet läkarbesök minskade med 16 procent på ett år jämfört med de som inte fick läkemedelssamtal. Andra studier visar även att akutinläggningar kan undvikas och att stora summor sparas när apoteken får en större möjlighet att avlasta hälso- och sjukvården. Vi föreslår följande reformer för att utöka apoteks roll för att bättre främja egenvård och hälsoförebyggande insatser:

- Ge farmaceuter möjlighet att genomföra strukturerade läkemedelssamtal även med personer som nyinsjuknat i kronisk sjukdom.
- Låt apoteken ta del av provsvar från sjukvården som är relevanta för läkemedelsbehandlingen. Apoteken bör även få möjlighet att utföra enklare laboratorieverksamhet såsom allergitest, blodsockerkontroll och blodtrycksmätningar.
- Ge farmaceuter möjlighet att erbjuda hälsofrämjande och coachande samtal för att hjälpa personer att sluta röka, hantera stress, minska alkoholkonsumtionen eller gå ner i vikt.
- Inför en ny kategori av läkemedel – ett så kallat farmaceutsortiment. Utvalda läkemedel som idag är receptbelagda blir receptfria under förutsättning att de säljs bakom disk på apotek och tillsammans med rådgivning av farmaceut. Farmaceutsortimentet skulle kunna innehålla exempelvis salvor vid ögoninflammation och eksem, potensläkemedel eller högre styrkor av läkemedel som idag är receptfria endast i lägre styrkor. Även läkemedel med en negativ miljöpåverkan kan tänkas ingå i farmaceutsortimentet.

4.2 24-timmarsregeln vid distribution av läkemedel till apotek

Cirka 95 procent av receptkunderna får alla sina läkemedel direkt när de kommer till apoteket, enligt statistik från Sveriges Apoteksförening. Resterande läkemedel beställs oftast för att kunna expedieras till kunden i enlighet med 24-timmarsregeln, som apoteken är skyldiga att hålla sig till. Apoteken lever upp till denna regel. Samtidigt har Sveriges Apoteksförening i sin branschrapport betonat problemet med att denna 24-timmarsregel endast gäller apoteken men att någon motsvarande skyldighet inte finns för de som ska distribuera läkemedlet till apoteken. Det handlar om att ställa krav på förbättrade beställnings- och leveranstider från de som distribuerar läkemedel till apoteken. Vi ser därför positivt på riksdagens beslut att ställa sig bakom vår tidigare motion 2016/17:3305 (yrkande 51) och tillkännage för regeringen att denna fråga bör ses över i syfte att förbättra förutsättningarna för apoteken att tillhandahålla läkemedel inom 24 timmar. Vi kommer följa upp frågan när regeringen återkommer med förslag till riksdagen. Kristdemokraterna vill också att detaljhandeln även fortsättningsvis ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel.

4.3 Översyn av generikasystemet

Kristdemokraterna förordar även en översyn av generikasystemet avseende 1) farmaceuternas möjlighet att byta ett läkemedel som inte ingår i förmånssystemet till en av Läkemedelsverkets beslutade likvärdiga preparat samt 2) möjligheten att förlänga den nuvarande perioden på en månad då en producent har monopol på försäljning inom

en generikagrupp. Inte minst de äldre skulle få en säkrare läkemedelshantering om namn, förpackning och läkemedlets färg och form inte varierar så frekvent.

5 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg

Att bygga ett samhälle där alla kan åldras i trygghet och värdighet är ett angeläget mål för Kristdemokraterna. Ett välfärdssamhälle kan i hög grad bedömas utifrån kriterier som respekt, tillvaratagande och omsorg om den äldre generationen. Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg. Var och en ska ses som en person med eget och unikt värde med skilda intressen och bakgrunder. God vård, ett behovsanpassat boende och självbestämmande över vardagen är en självklarhet – hela livet.

Tidigare vårdades majoriteten av våra äldre med demenssjukdom på ett äldreboende eller det vi kallade demensboende. Nu har antalet platser på äldreboenden kraftigt skurits ner. Samtidigt har antalet demenssjuka och gruppen multisjuka ökat. Fler och fler äldre som själva upplever att de har behov av särskild vård och omsorg blir idag nekade boende på ett så kallat särskilt boende. Biståndsbedömningarna har blivit hårdare och då anses de för friska. I vissa kommuner finns det helt enkelt inte tillräckligt många platser i särskilt boende. Istället erbjuds mer omfattande hemtjänst i det egna hemmet.

Ensamhet och isolering i det egna hemmet, efter att livskamraten har drabbats av demenssjukdom eller har gått bort, leder inte sällan till en depression. För att bryta ensamheten önskar många äldre flytta till ett så kallat trygghetsboende. Där finns det möjlighet till stark social gemenskap och inte sällan finns det personal under dagtid som kan stödja de boende med enklare sysslor. Boende på trygghetsboende vittnar om minskad psykisk ohälsa, en känsla av gemenskap och höjd livskvalitet. Dessvärre är det en brist på trygghetsboenden i flera kommuner. Dessutom blir boendekostnaden ofta högre i ett trygghetsboende än i det egna hemmet. Många äldre, och framför allt de med svagast ekonomi, är därför hänvisade till fortsatt ensamhet.

Det är viktigt att en sammanhållen politik med inriktning mot de äldre i samhället inte bara får handla om vård och omsorg. Svensk politik förmedlar i dag i alltför stor utsträckning att människor som passerat 65 inte har något mer att bidra med till samhället och inte har samma behov av valfrihet som andra. Det friska åldrandet, tillvaratagande av de äldre som en värdefull resurs i samhället och ett väl fungerande samspel mellan generationerna är viktiga beståndsdelar i Kristdemokraternas seniorpolitik.

Äldreomsorgen och vården av äldre är sedan länge en av Kristdemokraternas prioriterade frågor. Kristdemokraterna genomförde i regeringsställning en rad förbättringar inom äldreomsorgen och vården av äldre, bland annat följande:

- Införde en nationell värdegrund i socialtjänsten.
- Gav stöd till kommunerna för införande av värdighetsgaranti.
- Införde en parboendegaranti så att par som vill ska kunna fortsätta att bo ihop, när den ene behöver särskilt boende.
- Införde lagen om valfrihetssystem (LOV).

- Införde en lagstadgad skyldighet för kommunerna att erbjuda anhängvårdare stöd.
- Satsade cirka 4 miljarder kronor för att förbättra och samordna vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.
- Införde heltäckande nationella uppföljningar av hur äldre själva ser på kvaliteten och tillgängligheten.
- Införde ett investeringsstöd för byggande av särskilda boenden och trygghetsboenden.
- Skärpte lex Sarah så att all personal är skyldig att rapportera om missförhållanden och misstanke om missförhållanden i verksamheten.
- Genomförde en stor utbildningsinsats för undersköterskor och vårdbiträden.
- Införde att IVO, Inspektionen för vård och omsorg, ansvarar för tillsynen.
- Införde ett nationellt system för öppna jämförelser.

Kristdemokraterna gör nu sin största satsning någonsin på de äldre. Vi presenterar kraftfulla reformer för att förbättra pensionärernas ekonomi och de äldres möjligheter på arbetsmarknaden. Därtill föreslår vi en rad reformer här i utgiftsområde 9 som syftar till att öka de äldres valfrihet och makt att påverka sin egen vardag, bidra till en ökad kvalitet inom äldreomsorgen, förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten samt en garanterad plats på ett anpassat boende.

5.1 En värdighetsgaranti i varje kommun

Rätten att bestämma över sin vardag gäller hela livet. Det finns, tacksamt nog, ingen åldersgräns. Därför behöver vi värna äldres rätt till självbestämmande. Vi vill införa ett krav i lag på kommunerna att tillhandahålla frihet att välja inom äldreomsorgen.

Varje person har egna kunskaper och erfarenheter som det är värt att ta vara på och ta hänsyn till. Det egna valet, inflytande över de insatser som ges, ett värdigt bemötande, ett socialt välbefinnande, ett tryggt boende och närhet till läkarkontakter ska tillgodoses inom äldreomsorgen. För att säkerställa detta vill Kristdemokraterna att varje kommun ska ha en värdighetsgaranti i äldreomsorgen. Vi avsätter 150 miljoner kronor för vardera året 2018–2020 för detta ändamål. Samtidigt avvisar vi regeringens satsning på 13 miljoner kronor för fallprevention.

5.2 Äldreboendegaranti

Fler och fler av de äldre som själva upplever att de har behov av särskild vård och omsorg blir nekade boende på ett så kallat särskilt boende. Biståndsbedömningarna har blivit snävare och då anses de för friska. Istället erbjuds mer omfattande hemtjänst i det egna hemmet. Det finns också brister i kommunernas uppfyllelse av att verkställa ett beviljat beslut om plats på särskilt boende inom tre månader. Siffror från Inspektionen för vård och omsorg (IVO, sept 2017) visar att närmare 5 000 äldre tvingas vänta minst tre månader och att hälften av dessa tvingas vänta mellan fyra och sex månader.

Kristdemokraterna vill införa en äldreboendegaranti som innebär att den som har fyllt 85 år ska ha en lagstadgad rätt att få flytta till ett anpassat boende som t.ex. särskilt boende eller trygghetsboende när personen själv bedömer att behovet finns. Möjligheten att bygga mer flexibelt med såväl särskilt boende som trygghetsboende inom samma fastighet bör utvecklas.

För att stärka de äldres rätt att få tillgång till en anvisad plats på ett anpassat boende inom tre månader, avsätter vi en miljard kronor om året 2018–2020 till en prestationsbaserad ersättning, en äldreboendemiljard, till de kommuner som klarar att anvisa platser inom tre månader. Därtill föreslår vi en höjning av den lägre gränsen för vitesbelopp när kommunerna inte klarar att leverera särskilt boende i tid. Vitesbeloppet är idag mellan 10 000 kronor och 1 miljon kronor. Den lägre gränsen behöver höjas till 25 000 kronor. Vi vill även pröva möjligheten att ekonomiskt kompensera den som inte får en plats på boende på utsatt tid.

5.3 Utökad investeringsstöd till byggande av äldreboenden

En äldreboendegaranti utan äldreboenden är inte värd något. För att klara löftet om en äldreboendegaranti behövs fler och olika typer av äldreboenden. Stimulansmedel för att det i kommunerna ska byggas äldreboenden måste därför kvarstå och utökas samtidigt som ambitionen i kommunerna måste höjas. Vi anslår därför 550 miljoner kronor mer än regeringen under varje år 2018–2020 för att fler bostäder ska byggas.

Ingen ska tvingas ut från sitt hem men ingen ska heller tvingas att bo kvar i hemmet. Det måste vara den äldres behov och önskan som ska stå i centrum. Först då lever vi upp till en reell äldreboendegaranti.

5.4 Förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten

För många av de äldre som lever ensamma utgör hemtjänstpersonalen den enda delen eller en stor del av deras sociala liv. Kontinuitet och tillräckligt med tid för att bygga goda relationer med hemtjänstpersonal ger möjlighet att bygga upp förtroende och tillit vilket bidrar till trygghet hos de äldre. En trygghet som kan främja en god livskvalitet och livsglädje som förebygger psykisk ohälsa.

Idag brister dessvärre personalkontinuiteten inom hemtjänsten i flera kommuner. Enligt 2016 års siffror från Socialstyrelsen får varje hemtjänsttagare över 65 år besök av 15 olika personer från hemtjänsten under en 14-dagarsperiod (rikssnittet). Då är personal som levererar mat, ansvarar för trygghetslarm samt hemsjukvårdare inte medräknade. Men variationen är stor, som lägst uppges att det är fyra och som mest 26 olika hemtjänstpersonal som besöker varje person under en tvåveckorsperiod. När personalkontinuiteten är låg vittnar äldre om att de får besök av så många olika personer att de har tappat räkningen. En känsla av otrygghet och en oro för att personalen inte vet hur den enskildes behov ska mötas är utbredd. Personer i stort behov av hemtjänst har inte sällan dessutom ett stort behov av sjukvård varför det utöver personal från hemtjänsten kan vara ett antal personer från hemsjukvården som kommer till hemmet. För dessa äldre är det så klart ännu viktigare att verksamheterna planeras så att det i så stor utsträckning som möjligt är kontinuitet i de personalgrupper som ska ge vården och omsorgen.

För att främja en hög personalkontinuitet avsätter vi 800 miljoner kronor per år 2018–2020 till en prestationsbaserad ersättning som fördelas mellan de kommuner som lyckas minska eller behålla antalet hemtjänstpersonal per hemtjänsttagare över 65 år till maximalt 10 under en 14-dagarsperiod.

5.5 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen

Kvaliteten i äldreomsorgen skapas av medarbetarna, genom deras kompetens och agerande. De beskriver ofta sitt arbete som meningsfullt och fyllt av glädje. Men också som slitigt och stressigt. De vill göra ett bra jobb, men hindras ibland av bristande ledarskap, begränsat inflytande och dåliga villkor.

Det är medarbetarna och de verksamhetsnära cheferna som bäst vet hur verksamheten ska bedrivas och vad som behöver prioriteras lokalt. Arbete inom äldreomsorgen behöver bli mer attraktivt för att säkerställa att det även framöver finns kvalificerad personal som väljer att stanna längre på samma arbetsplats. På så sätt tillvaratas erfarenhet och kunskap.

Alliansregeringen införde under perioden 2011–2014 ett prestationsbaserat statsbidrag till kommuner, i syfte att stimulera till en kompetenshöjning inom äldre- och funktionshindradsomsorgen, det så kallade Omvårdnadslyftet. Kristdemokraterna vill förlänga Omvårdnadslyftet för att fortsätta stärka både den grundläggande och den specialiserade kompetensen bland personal inom äldreomsorgen. Genom Omvårdnadslyftet ges äldreomsorgens medarbetare möjlighet att vidareutbilda sig och skaffa specialistutbildning. Samma möjligheter behöver ges till andra personalkategorier som har med äldre personers vård och omsorg att göra. Det är exempelvis viktigt att handläggarna inom äldreomsorgen har rätt kompetens runt exempelvis schemaläggning för att främja en god personalkontinuitet inom hemtjänsten och för att tillse att den äldre får sina individuella behov tillgodosedda. Socialstyrelsens utvärdering visar att Omvårdnadslyftet har höjt kompetensnivån bland dem som arbetar inom äldreomsorgen. De skriver sammanfattningsvis:

Flera kommuner menar att satsningen har varit mycket positiv för såväl medarbetare som verksamheten i sig. Hos medarbetarna har den bl.a. väckt studielust, gett ökat självförtroende och stärkt yrkesidentiteten. Vad gäller verksamheten har man kunnat genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkluderat fler medarbetare än vad ekonomin normalt tillåter. Man har ökat andelen medarbetare med grundläggande kompetens och kunnat kvalitetssäkra verksamheten. Kommunerna vittnar därtill om att utbildningen har gett medarbetarna vidgade perspektiv, större analytisk förmåga och ökad benägenhet att acceptera förändringar i verksamheten.

Trots detta positiva resultat slopade vänsterregeringen just denna satsning när de kom till makten 2015. Vi satsar totalt 200 miljoner kronor på att återinföra Omvårdnadslyftet för vartdera året 2018–2020.

Ett gott ledarskap är viktigt för att öka motivationen och locka fler till äldreomsorgen. Vi vill därför satsa på ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer. Vi avsätter 50 miljoner kronor för vartdera året 2018–2020 för detta ändamål. För att avlasta personalen och ge dem mer tid för att fokusera på vården och omsorgen av de äldre avsätter vi även 500 miljoner kronor per år för att etablera vårdserviceteam inom äldreomsorgen.

5.6 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen

Äldres mat och måltider bör ges ökat fokus eftersom mat, livskvalitet och välbefinnande hänger ihop. Måltiderna är grundläggande för att förebygga undernäring och att främja tillfrisknandet vid sjukdom. Det är viktigt att anpassa såväl näringsinnehåll, portionsstorleken och matens konsistens till den enskildes behov. För att höja omsorgspersonalens kompetens på detta område vill vi införa måltidskunskap som obligatorisk

kurs på alla vård- och omsorgsutbildningar. Vi vill även utöka valfriheten inom äldreomsorgen till att omfatta hemsänd mat. Vi vill även se bättre möjligheter till hemlagad mat, både i särskilt boende och när den äldre bor kvar hemma med hemtjänst. Därför vill vi genomföra ett nationellt måltidslyft som riktar sig till äldreomsorgen. Satsningen möjliggör för kommuner och fristående aktörer som driver äldreomsorg att söka stimulansbidrag för att utveckla och förbättra kvaliteten på måltiderna och för ökad delaktighet. Vi avsätter 100 miljoner kronor för ett måltidslyft inom äldreomsorgen för vardera året 2018–2020.

5.7 Geriatriska centrum i tre regioner

Socialstyrelsen har pekat på stora kompetens- och rekryteringsbrister inom områdena geriatrik och gerontologi. Det krävs att geriatriken ges möjlighet att fungera inom de ramar som specialiteten är tänkt. Geriatrik är heller inte uteslutande en fråga för specialistutbildade läkare – det är många olika typer av vårdpersonal som behöver dessa kunskaper.

Kristdemokraterna föreslår ett statligt stöd till upprättandet av geriatriska centrum i tre regioner i Sverige. Uppgiften för dessa centra bör vara att ge förutsättningar för klinisk forskning, utbildning, vård och rehabilitering och samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård. De delar som berör praktisk vård- och omsorgsverksamhet vid dessa centra förutsätter överenskommelser och intresse från berörda huvudmän. Vi avsätter 240 miljoner kronor för 2018 och 150 miljoner kronor vardera året 2019 och 2020 för detta ändamål.

5.8 Satsning på de mest sjuka äldre

Under regeringsperioden genomförde Kristdemokraterna en satsning på de mest sjuka äldre. Målet för satsningen var att de mest sjuka äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg. Satsningen uppgick till drygt fyra miljarder kronor. Årliga överenskommelser har träffats med SKL och kretsade kring fem olika fokusområden varav en var vård vid demens. En nationell samordnare utsågs för att stödja landsting och kommuner att få omsorgen och vården att fungera bättre kring äldre.

Kristdemokraterna anser att det arbete som genomfördes under förra mandatperioden för de mest sjuka äldre bör fortsätta.

Människor med stora behov ska känna sig delaktiga i sin egen vård. Kristdemokraterna kraftsamlade under alliansregeringstiden för att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre, bland annat genom ekonomiska incitament för samverkan. Målet har varit att få omsorgen och vården att samverka bättre och att använda resurserna mer effektivt så att vården och omsorgen i högre grad utgår från patienternas behov. Bland annat har detta resulterat i säkrare läkemedelsanvändning för äldre och bättre vård i livets slutskede.

För en äldre person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier ändå vara svåra att överskåda. De mest sjuka äldre har i dag många olika kontakter i vården och omsorgen, vilket kan medföra lägre kvalitet för patienten och högre kostnader för vården totalt. Samverkan

mellan kommuner och landsting måste förbättras. Kontinuitet i vård- och omsorgskontakterna är också viktigt.

5.9 Vård av och omsorg om demenssjuka – en ödesfråga

Kristdemokraterna anser att vården av och omsorgen om demenssjuka är en ödesfråga. Antalet demenssjuka kommer att fortsätta att öka under de närmaste åren. En välfungerande demensvård är en av grundförutsättningarna för en fungerande äldreomsorg, men även en viktig förutsättning för diagnostik och behandling av psykisk ohälsa hos äldre. Vid en begynnande demensbild ska alltid en möjlig depression övervägas och psykiatriska symptom som ångest och oro kan också förekomma vid demens. Alla med eller misstänkt demenssjukdom ska ha rätt till kvalificerad utredning, diagnos och behandling. Detta kräver i sin tur kompetent, välutbildad och välmotiverad personal. Alla medarbetarna inom vård och omsorg måste ges både tid och resurser samt specifik kunskap om demenssjukdomar och psykisk ohälsa hos äldre för att de ska kunna skapa en så bra demens- och äldreomsorg som möjligt. Kristdemokraterna vill därför ta fram en nationell demensplan som ska öka kunskapen hos personalen inom äldreomsorgen. Demensplanen ska även bidra till en effektivare användning av befintliga resurser t.ex. genom forskningssamarbeten, framtagande och spridning av bättre verktyg för arbetet vid exempelvis utredning och diagnostik, i vård och omsorg eller för stöd till anhöriga. Vi avsätter 100 miljoner kronor per år 2018–2020 för detta ändamål.

6 Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga

Hemmiljön, familjelivet och uppväxtförhållandena påverkar vår hälsa och livskvalitet. En sund och framgångsrik utveckling av samhället och landet måste därför utgå från familjens villkor och vardag – alla familjers, oavsett hur familjen ser ut. Ingen människa kan fungera optimalt i sina olika roller i livet utan balans i tillvaron. Detta är viktigt i det lilla men också i det stora. Det är viktigt för oss som vuxna, men inte minst viktigt för barnen, som är helt beroende av föräldrarnas omsorg och fostran. Familjen är den gemenskap som i stor utsträckning formar den framtida generationen. En politik som stödjer familjer är helt centralt och skapar en god spiral som ser till barnens välfärd, personens livskvalitet och ytterst hela landets intressen.

Ökad psykisk ohälsa hos barn och unga är ett av vår tids stora samhällsproblem. Enligt Socialstyrelsen uppger allt fler ungdomar psykiska besvär som oro eller ångslan. Det är framförallt depressioner, ångestsjukdomar och missbruk som ökar. Det har också skett en ökning bland ungdomar som behöver sjukhusvård på grund av psykisk sjukdom.

Barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning vidtog vi därför flera viktiga åtgärder. Vi tog bland annat fram en plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa (Prio) under perioden 2012–2016. Handlingsplanen syftade till att lyfta fram ett antal prioriterade områden och insatser som ska ligga till grund för fortsatt arbete på området. En av de målgrupper som särskilt prioriteras är barn och unga.

Under 2013 gav alliansregeringen dessutom fem olika myndigheter i uppdrag att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa.

Under 2014 gav alliansregeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att lämna förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete. Folkhälsomyndigheten föreslår flera förändringar, bland annat en ny struktur där samordningsansvaret på nationell och regional nivå tydliggörs.

Kristdemokraterna välkomnar att regeringen har fortsatt detta angelägna arbete genom att utse en nationell samordnare inom psykisk hälsa och att ta fram en nationell strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020, ”Fem fokusområden fem år framåt”, och kommer följa utvärderingen av detta arbete. Regeringens utökade satsning på psykiatri är välbehövlig, men vi avsätter ytterligare 150, 175 och 225 miljoner kronor mer än regeringen för respektive år 2018–2020 för detta angelägna område.

Ett tidigt och ihållande stöd till föräldrar är avgörande för att förebygga och stödja barns och ungdomars psykiska hälsa. Mer om våra förslag för att stötta föräldrarna finns under avsnitt 12.1.

6.1 Satsning på första linjens sjukvård för barn och ungdomar

Familjecentraler, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, ungdomsmottagningar och elevhälsovården spelar en viktig roll för att så tidigt som möjligt uppmärksamma och ge stöd till barn och unga och deras familjer. Många vet idag inte vart de ska vända sig för att få hjälp, vilket förstås både försenar och försvårar arbetet. En stor utmaning är att samordna insatser och samverka i arbetet. En väl fungerande samverkan har visat sig ge goda resultat.

Ett femtiotal kommuner har tillsammans med sina landsting sedan 2008 deltagit i ett omfattande arbete tillsammans med SKL och regeringen för att barn, unga och deras närstående ska få den hjälp de behöver när de behöver det. Inte minst har det handlat om att hitta metoder för att skola, socialtjänst och sjukvård tillsammans ska ge rätt hjälp på rätt nivå. Men fortfarande idag finns åtskilliga exempel på där en person i behov av psykiatrisk vård får vänta oacceptabelt länge.

Kristdemokraterna menar att satsningar på samverkan och arbetet med att ge vård på rätt nivå måste fortsätta och tillämpas runt om i landet. Vi vill öka tillgängligheten till förebyggande arbete och den så kallade första linjen (primärvården, elevhälsan, ungdomsmottagningar). Föräldrar, socialtjänst, skola/elevhälsa, BUP och övrig sjukvård behöver samarbeta bättre. Målsättningen är sammanhållna förebyggande insatser som de aktörer som är involverade i barnets vardag deltar i och bidrar till.

6.2 En samlad barn- och ungdomshälsa och förstärkning av elevhälsan

En god kunskapsutveckling kräver också en bra skolmiljö och elevhälsa. Elever som mår bra lär sig bättre. En väl utvecklad elevhälsovård främjar också det förebyggande arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga. Elevhälsan måste rustas långsiktigt för att bättre kunna möta och stödja barn och unga med psykisk ohälsa. Skolverket hade under åren 2011–2015 ett uppdrag från alliansregeringen att genomföra insatser för en

förstärkt elevhälsa (U2011/5947/S). I uppdraget ingick bl.a. att sprida information om och fördela statsbidrag, utbildningsinsatser till elevhälsans personal samt utveckling av stödmaterial. Av Skolverkets redovisning av regeringsuppdraget (U2015/3324/S) framgår att statsbidraget till personalförstärkningar enligt huvudmännen själva haft positiva effekter och bidragit till att stärka elevhälsans verksamhet. Totalt har statsbidraget resulterat i 2 164 heltidstjänster inom elevhälsan, varav de största antalen är specialpedagoger och kuratorer. I genomsnitt har 660 000 elever omfattats av satsningen årligen. Inom ramen för uppdraget har Skolverket enligt redovisningen vidare genomfört utbildningsinsatser i form av seminarieserier samt tagit fram stödmaterial och kunskapsstöd.

Dessa insatser är viktiga steg i rätt riktning, men mer än var tredje grundskola och nästan varannan gymnasieskola får påpekande från Skolinspektionen om brister som rör elevhälsan. Enligt Inspektionen för vård- och omsorgsanalys förekommer det brister bland landets huvudmän när det gäller kännedom om vårdgivaransvaret för elevhälsan. Detta har varit ett problem under flera år, trots att försök har gjorts att åtgärda bristerna genom vägledningar. Kristdemokraterna vill därför stärka elevhälsan långsiktigt genom att:

- Ge landstingen/regionerna ett samlat uppdrag för hela barn- och ungdomshälsovården. Det innebär att elevhälsan inte längre ska ha skolan som huvudman. Skolsköterska, skolläkare, skolkurator och skolpsykologer bör finnas ute i verksamheterna men bör ha samma huvudman som övrig vårdpersonal för barn. En samlad barn- och ungdomshälsa ska syfta till att öka tillgängligheten till vårdcentralerna, elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är avgörande att, i ett tidigare skede än idag, fånga upp barn som mår dåligt.
- Den samlade barn- och ungdomshälsan ska ha ett nära samarbete med skolledningar, lärare, specialpedagoger och kommunernas socialtjänst.
- Införa en elevhälsogaranti som innebär att varje elev ska kunna komma i kontakt med elevhälsan varje dag.

Inom ramen för vår satsning på primärvården (3 miljarder per år för 2018–2019 och 4 miljarder för 2020) avsätter vi 380 miljoner kronor per år för att stärka elevhälsan och samla uppdraget för barn- och ungdomshälsovården. Det innebär i förlängningen också att resurser inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri kan frigöras och användas för de barn och unga som har mer omfattande behov.

6.3 Förkortade väntetider till barn- och ungdomspsykiatri

Barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning var vi pådrivande för en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vi arbetade även med att korta väntetiderna till BUP bland annat genom överenskommelser med SKL och genom prestationsbaserade medel. Det kan vara förödande för ett barn eller en ung person att behöva vänta i flera månader på att få hjälp. Vi vill därför korta väntetiderna till BUP ytterligare. För det krävs förutom en bättre organisation också mer resurser. Den befintliga vårdgarantin ska fungera i praktiken för alla barn och ungdomar i hela landet.

6.4 En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri

När en ung, sårbar person ska byta vårdmiljö måste personen alltid vara i centrum och utifrån det ska verksamheten samordnas. En ungdom som är i behov av hjälp och stöd ska slussas rätt oavsett vart han eller hon vänder sig vid sitt första besök. När ett barn eller en ung person har behandlats på BUP försvåras ofta de följande insatserna på grund av att du byter organisation när du fyllt 18 år. Om ungdomar inte kommer vidare till vuxenpsykiatri trots att behov finns är det allvarligt. För att säkerställa att ungdomar får den vård de behöver och inte tappas bort mellan BUP och vuxenpsykiatri krävs det att överföring av kunskap och möjligheten att följa förloppet säkerställs. Detta görs på bästa sätt genom ökad samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatri. Vi måste arbeta med att göra övergången från BUP till den specialiserade vuxenpsykiatri så smidig som möjligt för patienten så att inte hälsotillståndet riskerar att försämrats. Vården måste också utformas så att den unga vuxnas behov kan tillgodoses, vilket inte alltid fungerar i den reguljära vuxenpsykiatri.

6.5 Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan

Arbetet mot självskadebeteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga måste intensifieras. Det är därför viktigt att kunskap och metoder utvecklas för att identifiera riskgrupper och på det sättet kunna rikta särskilda förebyggande insatser till dessa barn och ungdomar.

Vi vill också att det genomförs en bred utredning för att kartlägga och undersöka orsakerna till den ökande psykiska ohälsan samt komma med förslag till åtgärder. Några säkra svar på vad som är orsak till den mörka utvecklingen finns inte idag. Vi vill ta fram en handlingsplan med bland annat förebyggande åtgärder. Denna handlingsplan kan även omfatta arbetet med första linjens sjukvård i kommuner och landsting. Vi vill även, baserat på ett arbetssätt som finns i Storbritannien, att det tillsätts en "haverikommission" när en ung person har begått självmord. Socialtjänst, skola, polis, sjukvård och civilsamhället ska då tillsammans göra en utredning om vad som hänt och vad som har brustit.

6.6 Vård av asylsökande med svåra trauman

Enligt budgetpropositionen är det långa väntetider i flera delar av landet gällande vård som är anpassad för asylsökande som har påverkats av upplevelser, trauman och andra risker under flykten. Med anledning av det mycket stora antalet asylsökande som kom under hösten 2015 ökar troligen belastningen på traumacenter för krigs- och tortyrskadade. Inom vår satsning på psykiatri avsätter vi medel för att säkerställa att denna vård finns tillgänglig för alla som kan vara i behov av den, och så fort som möjligt.

7 Anhörigvård

Familjen är betydelsefull hela livet. Vi vill stärka familjebanden, valfriheten och tryggheten för äldre. De samhälleliga stöden är dessvärre inte alltid utformade utifrån detta synsätt.

Dygnet runt, år ut och år in, görs vård- och omsorgsinsatser av anhöriga. Anhörigvårdarna avlastar stat, landsting och kommuner. De anhörigas insatser måste ges erkännande samtidigt som vi behöver ge dem de verktyg och det stöd de behöver för att vilja och orka fortsätta i sin ovärderliga gärning. Vi anser vidare att det är fortsatt viktigt att utveckla stöd för anhöriga för att säkerställa att den omsorg som de ger till närstående är frivillig. I detta arbete är Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) en viktig resurs. Ett kompetenscentrum som har till uppdrag att bidra till en högre kvalitet och produktivitet i vården av äldre personer i hela landet med inriktning på frågor som rör anhörigas situation genom att skapa en nationell överblick inom verksamhetsområdet, samla in, strukturera och sprida kunskaper och erfarenheter på anhörigområdet, stimulera och stödja utvecklingsarbete och spridning av kunskaper om anhörigas situation, bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen och ta del av internationella erfarenheter och forskningsresultat.

Inte minst barn som anhöriga behöver uppmärksammas mer än vad som görs idag. Även om det har blivit bättre så är det inte alltid barn erbjuds det stöd de kan behöva utifrån sin ålder. Att barnkonventionen inkorporeras i svensk lagstiftning är ett viktigt led i att stärka konventionens rättsliga ställning. Men det kommer inte att räcka. Det behövs ett perspektivskifte i vård och omsorg i hur barns rättigheter tas tillvara. Inte minst är det viktigt när barnets intressen och rättigheter står emot de vuxnas.

7.1 Biståndsbedömning av anhörigas behov

Det blir allt vanligare att äldre personer lever tillsammans långt upp i åren. En bidragande orsak till den utvecklingen är att männens medellivslängd närmar sig kvinnornas. Det betyder att allt fler äldre hjälper varandra även när krafterna avtar. Det innebär också att den ena personen i ett par ofta utför omfattande insatser i form av omsorg och tillsyn när den andra personen inte längre klarar sig själv.

Ofta utför anhöriga även vårdinsatser. För många är det naturligt och positivt att hjälpa en anhörig eller närstående som är i behov av hjälp och stöd. Men om den offentliga vården och omsorgen inte ser sitt ansvar kan uppgiften bli övermäktig och det positiva övergår till att bli ett krav och en belastning som påverkar den närståendes hälsa.

Mot denna bakgrund måste äldreomsorgen stödja och hjälpa anhöriga som frivilligt vårdar och ger omsorg. Kristdemokraterna har i regeringsställning vidtagit ett antal åtgärder som går i den riktningen. Socialtjänstlagen har ändrats så att kommunerna numera är skyldiga att stödja personer som vårdar eller stödjer närstående. Socialstyrelsen har även fått regeringens uppdrag att utarbeta vägledning, följa upp och utvärdera konsekvenserna av den ändrade bestämmelsen. Sedan tidigare finns också i lagstiftningen att personer ska erbjudas en fast vårdkontakt samt att om personen har behov av både hälso- och sjukvård, så ska en individuell plan göras.

Vården och omsorgen måste vara personcentrerad och inte uppgiftscentrerad. Ett sådant synsätt utgår från att var och en ska få sina behov tillgodosedda. Det bäddar för en god kvalitet i stödet till äldre personer och för att anhöriga vågar vara just anhöriga och kan lita på att de inte står ensam med en tung ansvarsbörda. Anhöriga måste kunna lita på att vården och omsorgen ges vid rätt tidpunkt, av kvalificerad personal och med god kvalitet. Först då kan den anhörige känna sig trygg och känna att avlösningen fungerar som den ska. I många situationer fungerar det här stödet väl. Men det finns också tecken på brister. Socialstyrelsen har i sina årliga lägesrapporter varnat för att så

kallad anhörigprövning – dvs. att kommunerna prövar anhörigas möjligheter att sköta äldreomsorgens uppgifter – förekommer i betydande utsträckning.

Kristdemokraterna föreslår att ett tydliggörande förs in i socialtjänstlagen som innebär att socialtjänsten i samband med biståndsprövning och uppföljning av insatser till en person särskilt ska uppmärksamma anhörigas situation. Om behov finns ska anhöriga och närstående erbjudas lämpliga stöd. Hälso- och sjukvårdens ansvar för att även stödja anhöriga exempelvis genom att informera och vid behov utbilda anhöriga bör tydliggöras.

7.2 Rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg

Riksrevisionen har i en skrivelse (2014/15:11) rekommenderat regeringen att överväga hur socialförsäkringssystemet och arbetsmarknadslagstiftningen bör anpassas för att underlätta för anhöriga att förena anhörigomsorg med arbete på ett bättre sätt. I det sammanhanget har frågan om rätt till tjänstledighet på heltid eller deltid utretts. Kristdemokraterna anser att denna fråga är värd att pröva.

7.3 Vård av förälder (VAF-dagar)

I dag finns det en lagstadgad rätt till ledighet vid vård av en närstående person som är svårt sjuk. Det finns också en lagstadgad rätt till ledighet från arbetet på grund av trängande familjeskäl som har samband med sjukdom eller olycksfall och som gör arbetstagarens omedelbara närvaro absolut nödvändig. Dessa rättigheter täcker dock inte de vanligare behoven av att finnas till hands för en anhörig som inte är lika svårt eller akut sjuk. I de fallen tar den anhörige ut semester eller om möjligt obetald ledighet från sitt arbete. För den anhörige innebär detta, förutom oron för den sjuke, bekymmer med att kunna ta ledigt från arbete för att kunna vara den äldre personen i familjen till hjälp.

Ett förslag som Kristdemokraterna har fört fram tidigare är att utreda frågan om VAF-dagar (vård av förälder). VAF-dagar skulle gälla då en äldre anhörig, närstående eller vän är i behov av hjälp. Till exempel ha sällskap till läkare, tandläkare eller något annat viktigt besök. Antalet VAF-dagar skulle kunna beräknas på samma sätt som tillfällig föräldrapenning, vara behovsprövat och ge rätt till tjänstledighet. Antalet dagar skulle vara begränsat. Kristdemokraterna anser att frågan om VAF-dagar bör utredas.

8 Tandvård för alla

Kristdemokraterna har länge arbetat för att förbättra tandvården. Tänderna är en del av kroppen och det ska inte vara plånboken som avgör om du har god tandhälsa eller inte.

År 2008 genomförde Kristdemokraterna tillsammans med de övriga allianspartierna en stor tandvårdsreform. För alla som är under 20 år är tandvården helt gratis. För alla över 20 år infördes det ett allmänt tandvårdsbidrag tillsammans med ett högkostnadskydd. Avsikten var att uppmuntra till att kontinuerligt undersöka tänderna och underlätta de ekonomiska konsekvenserna vid större ingrepp. År 2013 infördes ett tredje steg i tandvårdsreformen: ett extra stöd till personer som på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling har behov av extra stora insatser.

Grunderna i reformen har varit bra. Däremot har reformen inte gett önskade effekter i form av ökad besöksfrekvens. Alltför många vuxna anger fortfarande att de avstår från tandvård på grund av kostnaderna.

Enligt Socialstyrelsen har tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats men det kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. För de grupper som har sämst tandhälsa – arbetslösa, personer med sjukpenning och utlandsfödda – är tandhälsan oförändrad eller försämrade jämfört med 2004.

Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationsinsats kring tandvårdsförsäkringen. Kristdemokraterna ser även positivt på regeringens beslut att höja det allmänna tandvårdsbidraget.

Tänderna är en del av kroppen och därför bör tandvården på längre sikt, när ekonomin tillåter, ingå i det högkostnadsskydd som finns för vanlig sjukvård. Ett steg mot detta vore att fortsätta att sänka högkostnadsskyddet.

8.1 Tandhälsan bland barn och unga

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fortsätter karies bland barn och unga att minska, förutom bland 6-åringarna. År 2015 hade 37 procent av alla 19-åringar inga kariesskador och detta är en förbättring jämfört med år 2010.

Enligt Socialstyrelsen grundläggs goda tandvårdsvanor i förskoleåldern. Karies i mjölkttänderna medför en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren. Det är därför avgörande för en vuxens tandhälsa hur tänderna sköts redan som litet barn. Vidare är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även där tandvården är fri för barn och unga innebär det ändå att dessa barn och ungas tandhälsa är sämre.

Tandvården är för närvarande fri upp tills du fyller 21 år i Sverige. Regeringen har beslutat att tandvården från och med den 1 januari 2018 kommer att erbjudas avgiftsfritt för unga till och med det år de fyller 22 år, och från den 1 januari 2019 till och med det år de fyller 23 år. Kristdemokraterna delar inte uppfattningen att det främjar tandhälsan att erbjuda gratis tandvård högre upp i åldrarna för unga vuxna. Där kostnadsfriheten ökats till fler årskullar har de önskade effekterna uteblivit trots den avsevärda kostnad det innebär för skattebetalarna. Inriktningen på arbetet med att säkerställa en god tandhälsa för ungdomar måste istället ligga mycket tidigare, redan när de är barn och genom att arbeta med deras föräldrar. Hur ofta någon besöker tandvården kan nästan sägas gå i arv från förälder till barn. Det är alltså flera andra faktorer som kan påverka besöksfrekvensen hos tandvården som är svårare att komma åt. För trots att tandvården för barn och unga under 20 är avgiftsfri och att stödet till tandvård har ökat sedan 2008 är besöksfrekvensen i princip oförändrad sedan dess. Det tyder på att vi måste arbeta med denna problematik på andra sätt.

9 Möjliggörande av fler organdonationer

Svenskarna ligger högst i Europa när det gäller viljan att donera sina organ efter sin död. Sverige ligger även långt fram inom transplantationskirurgin. Trots det är antalet

genomförda donationer jämförelsevis lågt. I juli 2017 väntade 830 personer på en organtransplantation, och varje år avlider omkring 50 personer medan de väntar. Utredningen om donations- och transplantationsfrågor Organdonation – En livsviktig verksamhet (SOU 2015:84) har lagt fram en rad förslag om hur informationen om möjligheten att ta ställning till att donera sina organ ska kunna bli bättre, och om hur fler organ ska kunna tas tillvara. Utredningens förslag har tagits väl emot av remissinstanserna. Med mer än ett år efter det att remisstiden gick ut är det nu hög tid att regeringen lägger fram de lagförslag som behövs för att fler liv ska kunna räddas.

10 Medicinsk-etiska frågor

10.1 Nej till dödshjälp

Frågan om aktiv dödshjälp och läkarassisterade självmord för personer som lider av vissa obotliga sjukdomar aktualiseras med jämna mellanrum. Det är en fråga om liv och död som väcker starka känslor. Frågan är inte enkel, men Kristdemokraterna har dock den glasklara uppfattningen att sjukvårdens uppgift är att bota och lindra, inte att aktivt medverka till självmord.

Förespråkarna för dödshjälp väljer i allmänhet att fokusera på några specifika grupper. Dels handlar det om personer – gamla eller unga – med en obotlig sjukdom som kommer att dö inom kort. Ofta är argumentet att minska lidandet och att den enskilde själv måste få bestämma över sin död och tidpunkten för den. En annan grupp är små barn med mycket svåra funktionshinder. Argumentet är i dessa fall att de aldrig kommer att få leva ett bra liv och att de är en belastning för sin omgivning. En tredje grupp är personer som råkat ut för en olycka eller sjukdom och som därför fått ett svårt funktionshinder.

Men det är inte bara i dessa specifika fall som dödshjälp förespråkas. Kraven reses också på att vem som helst, när som helst och av vilket skäl som helst ska få det offentligas hjälp att ta sitt eget liv.

Men de allra flesta tycker att det är självklart att samhället så långt som möjligt ska verka för att förebygga självmord. Det är på detta det offentligas resurser av naturliga skäl inriktas. Risken för att människor begår misstag ska heller inte underskattas, inte heller inom vården. Diagnoser kan bli fel. Det är lätt att missförstå patientens vilja. Det kan skapas ett yttre tryck på äldre och sjuka att uttrycka en önskan om att dö, för att inte ligga sjukvården och anhöriga till last.

Obotliga och ibland väldigt smärtsamma sjukdomar skrämmer människor. Det är ingenting någon vill uppleva eller se nära och kära drabbas av. Men sjukvården ska inte ändra sitt fokus. Det handlar om grundläggande människosyn och människovärde, men också om värdighet.

Om vi accepterar dödshjälp som en utväg ur en svår situation eller ett svårt lidande minskar vi samhällets ansvar för att hjälpa den utsatte. Det finns en risk för att samhället lägger ansvaret för valet att leva vidare på den enskilde eller ansvaret för att ta hand om ett handikappat barn på föräldrarna som valde att föda det.

Samhället är inne på en mycket farlig väg om utomståendes subjektiva bedömning får avgöra vad som gör ett liv värt att leva. Med hjälp av mänskligt stöd och assistans, hemhjälp och tekniska hjälpmedel och mediciner lever många personer ett gott liv och

betyder oerhört mycket för sina anhöriga trots omfattande funktionsnedsättningar och svåra sjukdomar. Hur kan vi veta att inte oron för att vara en börda för sin omgivning påverkar beslutet om att begära dödshjälp?

Ibland kan dessutom skönjas resonemang om att bristen på resurser inom vården skulle göra det naturligt att införa dödshjälp som ett medel att förkorta den tid som används för att med dyrbar medicinsk teknik förlänga vad som någon bedömer vara ett ”ovärdigt, meningslöst liv”. När resurserna är begränsade kan det bli allmänt accepterat att praktiskt taget alla resurser som används till vård och omsorg ska gå till dem som kan botas från sjukdom och ohälsa. Detta kan av vissa ytliga betraktare upplevas som rimligt, men skulle i grunden förändra den värdegrund som hälso- och sjukvården bygger på.

Om dödshjälp tillåts, riskerar förtroendet för sjukvården att undergrävas. Handikapporganisationer möter redan idag personer som upplevt hur behandling av akuta sjukdomstillstånd och livsnödvändiga åtgärder har ifrågasatts eftersom de redan har en omfattande funktionsnedsättning.

Många inom vården vittnar om hur personer som varit övertygade om att de vill ha hjälp att dö från svåra sjukdomar ändrar sig när döden närmar sig. Viljan att leva är oerhört stark. Kristdemokraterna anser att samhällets resurser ska inriktas på att ge varje människa de bästa möjligheterna att ta vara på den tid han eller hon har, i stället för att orientera resurser och tankeverksamhet åt hur livet ska avslutas i förtid.

Att inte acceptera dödshjälp innebär inte att ställa sig likgiltig inför svårt lidande eller att tvinga människor till en meningslös livsuppehållande behandling. Att till exempel ge en döende patient smärtstillande preparat är inte dödshjälp även om det, som en konsekvens, i vissa fall kan förkorta livet. Det är däremot dödshjälp om syftet är att förkorta patientens liv. Den skarpa linjen för vad som är försvarbart går mellan situationer där det är sjukdomen eller skadan i kroppen som är orsaken till döden och situationer där det skulle vara vårdens insats som syftar till att avsluta livet i förtid.

När det gäller den svåra frågan om när livsuppehållande behandling ska avslutas gav utredningen om sjukvård i livets slutskede redan på 1970-talet följande riktlinjer som vi fortfarande tycker är tillämpbara:

- Grundregeln är att patienten har rätt att själv avgöra om den vill ha vård eller ej. Patienten måste i princip själv bestämma vilken behandling denne vill utsätta sig för.
- Om det bedöms att döden är nära förestående och att återvändo till en meningsfull tillvaro är utesluten, är det accepterat att livsuppehållande behandling inte behöver ges.
- Om en patient även efter ingående information och trots den påverkan som en läkare genom sin auktoritet och sin ställning utövar, motsätter sig behandling, har läkaren i regel endast att rätta sig efter patientens önskemål.

Aktiv eutanasi, dödshjälp, ska alltså vara förbjuden. Om den blev tillåten skulle det i sak innebära patientens rätt att bli dödad, samt en rätt – eventuellt också en skyldighet – för en annan person att döda i tjänsten.

Ett etiskt regelverk vars praktiska konsekvenser tar sig sådana uttryck som de nyss nämnda riktlinjerna ovan är i överensstämmelse med den kristdemokratiska synen på människovärdet och integriteten. Vårdpersonal och anhöriga kommer ändå i vissa fall ställas inför ett etiskt dilemma när det gäller rätten till liv. Det skärper ytterligare vikten av att normbildningen betonar respekten för människolivets integritet. Samtidigt är det

viktigt att information om medicinska landvinningar, till exempel förbättrade möjligheter till smärtlindring, sprids bland vårdpersonal och allmänhet.

10.2 Värdig vård i livets slutskede

10.2.1 Palliativ vård

Betydelsen av att skapa en trygg miljö för mamma, pappa och barn i samband med födelsen kan inte nog understrykas. Detta är väsentligt för det fortsatta livet såväl för föräldrarna som för barnet. Vad som dock inte diskuterats lika mycket och inte har givits samma prioritet är hur och var vi tas om hand när vi dör.

Det är av naturliga skäl mycket svårt att forska om hur en människa upplever sitt avsked av livet. Men avskedet är lika viktigt för det. Det handlar om värdighet, respekt och integritet. Det handlar om att skapa trygghet även för dem som inte själva står inför livets slut. Alla kommer att dö någon gång och för att kunna leva rikt behöver vi få känna en trygghet även inför döendet. Ett värdigt sätt att ta avsked av livet är således en livskvalitetsfråga för alla. Därför måste vi våga tala om och lyfta fram vikten av ett gott avsked av livet.

10.2.2 Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?

Den existentiella ångest som kan vara förknippad med döden kan självfallet inte sjukvården lösa. Men sjukvården kan skapa en förvissning om att det finns goda möjligheter till ett värdigt avsked, att det kommer att finnas tillgång till smärtstillande och i övrigt välanpassade mediciner, att den mänskliga omvårdnad som behövs också ges, att den enskildes önskemål kan tillgodoses, att respekt visas för närstående och deras önskemål och att både patient och närstående kan få psykologiskt och andligt stöd.

Vi har i dag bättre kunskap om hur svårt sjuka personer kan behandlas och vi har stor tillgång till smärtstillande och ångestdämpande mediciner. Men att det finns bra forskningsrapporter och studier om goda smärtstillande metoder är ingen garanti för att den enskilde får en god vård. Det som är avgörande är att kunskapen och kompetensen omsätts i praktiken. För oss kristdemokrater är det en självklarhet att vården så snart som möjligt använder den nya kunskapen på området så att det kommer den enskilde till del. Vi anser även att det är viktigt att det i alla kommuner, landsting och regioner ska finnas tydliga överenskommelser om hur den palliativa vården ska utformas. Överenskommelserna ska även innefatta en tydlig ansvars- och uppdragsfördelning.

10.2.3 Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt och socialt stöd likaväl som stöd i andliga och existentiella frågor för patient och närstående. Kristdemokraterna har därför länge verkat för att palliativ vård ska vara en egen medicinsk specialitet.

Palliativ medicin är en ny tilläggspecialitet sedan 2015. Det är ett steg i rätt riktning och innebär att specialistläkare inom en klinisk baspecialitet kan bygga på med en specialistutbildning inom palliativ medicin.

Fördelen med att göra palliativ vård till en egen specialitet är att ämnesområdet skulle tydliggöras inom den akademiska världen, vilket underlättar forskningen. En annan fördel är att palliativ vård skulle ingå som en obligatorisk del i grundutbildningen. Idag finns bara möjlighet att läsa enstaka korta kurser i palliativ medicin på vissa fakulteter, och det är ett ämne som ska konkurrera med andra ämnen som ofta betraktas ha högre status. Flera rapporter om den palliativa vården i Sverige har påvisat stora regionala skillnader och att tillgången till kompetens är otillräcklig. Om Sverige i likhet med England, Polen, Rumänien, Kanada och USA inför palliativ vård som egen medicinsk specialitet skulle det innebära att den kunskap vi har i Sverige kan samlas och sedan spridas i landet för att motverka de regionala skillnaderna.

10.2.4 Hospice – hemlik vård i livets slutskede

Hospice är en hemlik form av vård i livets slutskede där fokus sätts på helhetsvård där inte bara de fysiska behoven beaktas utan även de psykiska, sociala och andliga dimensionerna. Denna verksamhet har under många år funnits i andra länder och har setts som en viktig resurs, ett komplement till den etablerade medicinska vården.

Den engelska hospicerörelsen kom till som en reaktion på kravet på eutanasi. Hospicerörelsens ideologi är inte inriktad på att hjälpa människor att dö utan att hjälpa dem att förbli levande – i ordets djupaste bemärkelse – tills de dör. De betonar tanken på att smärtan inför döden inte bara är fysisk utan också psykisk, social och andlig. Endast om alla dessa fyra sätt att uppleva smärta beaktas blir omsorgen i livets slutskede människovärdig. Varje människa har rätt att få stöd och möjlighet att utnyttja livets resurser ända fram till slutet.

Vi kristdemokrater anser att hospiceverksamheten är mycket angelägen eftersom den har den helhetssyn på människan som vi betonar – människan som ande, själ och kropp. Hospicevården måste vidareutvecklas och etableras i hela landet. Därför ska vi eftersträva fler vårdformer inom vården i livets slutskede för alla åldrar.

10.3 Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

10.3.1 Assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är för många mycket smärtsamt och då det finns medicinska orsaker är det enligt WHO prioriterat att ge stöd för att avhjälpa. Men det innebär inte att utgångspunkten kan vara att vuxna har rätt till barn. Alla barn har rätt till sina föräldrar, något som kommer till klart uttryck i barnkonventionen genom att barn i så stor mån det är möjligt har rätt att få veta vilka föräldrarna är och få omvårdnad av dessa.

Alla barn behöver och har i utgångsläget rätt till både sin mamma och sin pappa. Staten bör därför inte medverka till familjebildningar där barn från början med automatik berövas rätten att växa upp med en av sina föräldrar. Den lagändring som infördes 2016 som gav ensamstående rätt till assisterad befruktning strider mot barnkonventionen och utgår helt och hållet från ett vuxenperspektiv.

Assisterad befruktning för ensamstående strider även mot de principer om barnets rätt till båda sina föräldrar som kommer till uttryck i barnkonventionen, äktenskapslagstiftningen, föräldrabalken och övrig lagstiftning.

Pappors betydelse och roll för sina barn lyfts fram allt mer och barnets rätt till båda sina föräldrar har präglat de senaste årens lagstiftning, exempelvis reformeringen av vårdnadsreglerna. En övergripande ambition har varit att främja barnets goda kontakt med båda föräldrarna efter en separation. Detta är en viktig utgångspunkt i lagstiftningen väl värd att värna. Att hänvisa till att det barn som tillkommit genom assisterad befruktning kan ges rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung då han eller hon fyllt 18 år är inte tillräckligt. Det åtagande vi gjort enligt barnkonventionen att barn så långt som möjligt ska ha rätt att känna till sina föräldrar och uppfostras av dem gäller under hela barnets uppväxt. Det kan inte kompenseras bara genom att få kännedom i vuxen ålder.

Även för den som bortser från argumentet om att pappor är viktiga i barnens liv, är det svårt att bortse från att ett barn som redan från början fräntas en förälder är mer utsatt. Och det oavsett hur bra den ensamstående är i sitt föräldraskap. Det var också något som den dåvarande socialdemokratiska regeringen poängterade i propositionen som möjliggjorde assisterad befruktning för lesbiska par (prop. 2004/05:137):

Att ha två föräldrar ger barnet trygghet ekonomiskt, socialt och rättsligt – inte bara under den tid familjen lever tillsammans utan också ifall föräldrarna skulle separera eller någon av dem skulle avlida. Barnet har rätt till underhåll från sina föräldrar och arvsrätt efter dem och deras släktingar. Vidare är reglerna om vårdnad, boende och umgänge knutna till föräldraskapet.

Barnets rätt till båda sina föräldrar speglar behovet av att skydda barnet och få ett utpekad föräldraansvar, inte minst ett försörjningsansvar. Barn som kommer till genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor har endast en rättslig förälder och en försörjare. Kristdemokraterna anser att eventuella framtida förslag till ändringar av gällande rätt eller praxis bör präglas av försiktighetsprincipen och ta sin utgångspunkt i barnets bästa.

10.3.2 Mer forskning om barnen

Vi vet väldigt lite om hur barn till en donator som växer upp med en förälder mår. Det finns studier som indikerar att barn till donator med bara en förälder riskerar att bli rotlösa och oerhört frågande inför sitt ursprung och att det faktum att barnet är välkommet och föräldern välmotiverad inte kan kompensera för detta. Men sammantaget finns mycket lite forskning och de studier som finns har ofta gjorts på uppdrag av organisationer som förespråkar det ena eller det andra, vilket är en svaghet.

Det är angeläget att det bedrivs forskning för att förbättra kunskapsunderlaget om konsekvenserna för barnen och deras familjer, när barnen kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller. Den etiska fråga som donation av könsceller främst aktualiserar är barnets rätt till sitt biologiska ursprung och de konsekvenser det kan få för barnet att växa upp med någon som inte är dess biologiska förälder. Vid 18 års ålder ska alla barn ha rätt att få veta sitt biologiska ursprung. Vi ser inga skäl till att ändra nuvarande lagstiftning men det är angeläget att det bedrivs forskning på detta område ur ett barnperspektiv. Eventuella framtida förslag till förändringar av gällande rätt eller praxis bör präglas av försiktighetsprincipen och ta sin utgångspunkt i barnets bästa.

10.3.3 Surrogatmödraskap

Surrogatmödraskap innebär att ett par låter en annan kvinna bära fram ett barn. Vanligtvis sker det med hjälp av IVF där paret som önskar barnet är de genetiska föräldrarna. Men även samkönade par använder sig av surrogatmödraskap där då vanligtvis den ena parten är den biologiska fadern.

Surrogatmödraskap är inte förenligt med svensk lag då det är den kvinna som föder barnet som registreras som barnets biologiska mor. Dessutom är insemination vid sjukhus och IVF endast tillåtet om kvinnan är gift eller sambo. Om ägget inte är kvinnans eget, ska det ha befruktats av hennes make eller sambo. Dessa regler utesluter surrogatmödraskap.

De som argumenterar för surrogatmödraskap bygger sitt resonemang på att kvinnan som bär fram och föder barnet gör det frivilligt. Och i vissa fall, så kallat altruistiskt surrogatmödraskap, kan det vara en nära anhörig som väljer att göra det frivilligt. Men en graviditet är aldrig riskfri. Det är en mycket stor påfrestning på kroppen att vara gravid. Även om vi har låg mödradödlighet så dör cirka sex kvinnor per år till följd av komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Att utsätta någon annan för detta kan starkt ifrågasättas. De påtryckningar som syskon eller andra anhöriga kan bli utsatta för kan riskera att skapa stora problem för de berörda. Pengar, gåvor och sociala påtryckningar kan vara svåra att stå emot.

Det är även oklart hur de genetiska föräldrarna och surrogatmodern reagerar psykologiskt under graviditet, förlossning och överlämnandet av barnet samt hur detta påverkar barnet och dess utveckling. Barnet riskerar trots allt att dras in i konflikter mellan de tänkta föräldrarna och surrogatmodern. Hur eventuella biologiska barn till surrogatmodern kan påverkas är även det oklart. Även om de studier som är gjorda så här långt inte påvisar några påtagliga negativa konsekvenser är de otillräckliga för att avfärda dessa risker. De har ett litet urval, saknar långtidsuppföljning och härstammar ur samma forskargrupp.

I övriga delar av världen finns en växande industri kring surrogatmödraskap. I Indien har det länge varit en väg för fattiga kvinnor att få en inkomst. Ersättningar som innebär att surrogatmödraskapet blir ett alternativt sätt att tjäna pengar. Att bära ett barn i nio månader, med alla de medicinska risker det innebär, för att sedan lämna barnet ifrån sig är en inhuman hantering av föräldraskap och av barns rätt till sina föräldrar. Efter uppmärksammade fall med bland annat rapportering om att surrogatmödrar avlidit som en följd av graviditeten eller förlossningen så har lagstiftningen i Indien stramats åt. Detta ledde till en ökning av antalet som vände sig till andra länder för surrogatarrangemang, bland annat till Thailand. Även där har lagstiftningen stramats åt efter medialt uppmärksammade fall, inte minst ett där surrogatarrangemanget ledde till en tvillingfödsel där det ena barnet föddes med Downs syndrom vilket slutade med att enbart det andra barnet övergick till det tilltänkta föräldraparet. För närvarande förefaller det vara USA, Ukraina och Georgien som är de länder där antalet internationella surrogatarrangemang ökar.

Precis som konstaterades i utredningen Olika vägar till föräldraskap (SOU 2016:11) som överlämnade sitt slutbetänkande i februari 2016 anser vi att det finns en uppenbar risk att ett system som tillåter surrogatmödraskap leder till exploatering av socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor. Vi vill inte se en modern slavhandel med kvinnor och barn. Erfarenheter från länder där det är tillåtet visar att denna risk är påtaglig. Det strider mot grundläggande värden om integritet och värdighet om utsatta kvinnor utnyttjas som medel för andra människors längtan efter barn. Vi menar att det är moraliskt fel att

använda dessa kvinnors kroppar som medel för att uppfylla andra människors längtan efter barn. Det strider mot människans integritet och värdighet. Vi ser en risk att surrogatmodern görs till medel för andra människors behov på ett exploaterande sätt.

Även om barnets arvsanlag kommer från de genetiska föräldrarna bär surrogatmamman barnet i nio månader. Erfarenheten visar att gravida ofta utvecklar ett mycket starkt band till fostret som kan vara svårt att bryta. Graviditet och förlossning kan dessutom orsaka komplikationer, vilket gör att surrogatmamman kan ta allvarlig skada såväl fysiskt som psykiskt. Det kan också uppstå en rad mycket komplicerade situationer. Det råder oklarhet om vad som händer om de genetiska föräldrarna väljer att gå skilda vägar under graviditeten eller om det skulle visa sig att barnet bär på en allvarlig fosterskada. Kan de genetiska föräldrarna kräva abort om surrogatmodern motsätter sig detta? Ska surrogatmodern ha rätt till abort? I exempelvis Ukraina medges inte surrogatmodern att vid något tillfälle under graviditeten eller när barnet är fött ångra sig.

Med hänsyn tagen till försiktighetsprincipen och barnperspektivet samt på grund av de övriga risker för exploatering som surrogatmödraskap för med sig bör detta även fortsättningsvis vara otillåtet i Sverige och vi bör verka för att det inte genomförs internationella surrogatarrangemang.

10.4 Abort

Det är varje värdeförankrad demokratis ansvar att värna livet allt ifrån dess tillblivelse. En abortsituation är därför en konflikt mellan rätten till liv och de blivande föräldrarnas situation i de fall de inte tycker sig ha möjlighet att fullfölja graviditeten.

Mot bakgrund av människovärdesprincipen är det omöjligt för staten och lagstiftaren att ställa sig neutrala till det etiska dilemma som en abort innebär. En abort innebär att ett liv släcks. Lösningen på detta dilemma är emellertid inte förbud. Erfarenheten visar att där aborter inte är tillåtna utförs de ändå, och då med metoder som hotar kvinnors liv och hälsa. Vi försvarar aborträtten och nuvarande lagstiftning. Det är inte rimligt att någon annan än kvinnan under graviditetens första fas fattar det avgörande beslutet om en eventuell abort. Det offentliga ansvar är att stödja kvinnan oavsett beslut. Förutom det stöd som kan behövas i själva beslutsprocessen så har vi ett ansvar att se till att det finns sociala, praktiska och ekonomiska förutsättningar att välkomna ett barn. Föräldraförsäkringens utformning, bostadsmarknadens funktionssätt, tillgången till barnomsorg och möjligheten att fullfölja studierna för den som inte hunnit klart med sin utbildning är alla viktiga komponenter för att fler som blivit oplanerat gravida ska kunna våga ta beslutet att fullfölja graviditeten.

Kristdemokraternas etiska grundsyn och långsiktiga mål är ett samhälle där abort inte efterfrågas och där den betraktas som en nödfallsåtgärd. Med denna inställning som grund föreslås därför att fokus i det abortförebyggande arbetet ska ligga på åtgärder som enligt vår uppfattning kan medverka till en påtaglig minskning av antalet aborter.

Svaga inkomster ska inte behöva tvinga fram en abort. Det bör vara möjligt att ta emot ett barn redan innan du har en fast inkomst. För tonåringar blir beslutet att fullfölja en graviditet ofta beroende av om de stöds och kan försörjas ekonomiskt av sina föräldrar, men ett så viktigt beslut ska inte vara styrt av om ens föräldrar stöder det eller inte.

Samhällets uppgift måste vara att genom förebyggande arbete såsom informationsinsatser minska oönskade graviditeter, samt att erbjuda bästa möjliga stöd

för att inte praktiska, ekonomiska eller sociala svårigheter ska utgöra hinder för att fullfölja graviditeten. I detta sammanhang är det också centralt att arbeta för ett barnvänligare samhälle där föräldraskap på olika sätt underlättas och uppmuntras.

Det etiska dilemma en abort innebär är inte helt knutet till i vilken vecka aborten görs men fostrets ålder har likafullt betydelse. Dagens lagstiftning för hur sent en abort kan beviljas är inte reglerad utifrån en fast veckogräns utan styrs av huruvida fostret kan vara livsdugligt utanför livmodern. Ett foster som kan förväntas överleva får enligt lagstiftningen inte aborteras. I takt med medicinska framgångar som gör att vi kan rädda livet på allt yngre barn så närmar sig gränsen för när abort beviljas den gräns när barn som föds för tidigt kan räddas. Det är av yttersta vikt att de som har att tolka lagen och beviljar sena aborter är noggranna i sina bedömningar och inte beviljar aborter på foster som har möjlighet att överleva.

Socialstyrelsen får inte ge tillstånd till abort om fostret vid tillfället antas vara livsdugligt utanför livmodern. Utifrån den medicinska utvecklingen som numera innebär att barn födda i graviditetsvecka 22 har möjlighet att överleva så är den gräns som nu tillämpas som sista dagen för abort 21 veckor och sex dagar. Från och med vecka 22 ska ett foster enligt lag betraktas som ett barn och få tillgång till neonatal sjukvård. Lagstiftningen i sig fastslår inte ett visst antal fullgångna veckor utan utgår ifrån fostrets möjlighet att överleva utanför livmodern.

Allt större andel av aborterna genomförs allt tidigare i graviditeten, över hälften före vecka 7. 5,4 procent genomfördes efter vecka 12 och vecka 18 och 1 procent efter vecka 18.

Under 2016 bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd 540 ansökningar om abort efter vecka 18. Av dessa ansågs 525 ha synnerliga skäl och ansökan om abort beviljades. 2015 påbörjades 142 aborter i vecka 21⁶.

Trots att vår lagstiftning tar fasta på fostrets möjlighet att överleva vittnar vårdpersonal om att det ändå förekommer att aborter görs i ett så sent skede att lagen riskerar att överträdas eller till och med överträds.

Enligt Socialstyrelsens rättsliga råd står det klart att en abort ska vara avslutad före ingången i vecka 22. Delar av professionen gör dock en annan tolkning av när en abort ska vara avslutad. Samtal pågår just nu mellan det rättsliga rådet och företrädare för de yrkesgrupper som arbetar med frågan. Som lagstiftare är det vår uppgift att också följa att våra lagar efterlevs. Det är välkommet att frågan diskuteras ute i verksamheterna men det är också ytterst angeläget att säkerställa att inga ändringar görs i riktning mot att frångå den gällande lagstiftningen. Vi ser inte att det i nuläget finns anledning att ändra lagstiftningen eftersom det rättsliga rådet varit tydliga i hur lagen ska tillämpas. Om detta skulle komma att ändras måste dock även lagstiftningen ses över i syfte att upprätthålla det som är lagens mening – att aborter inte beviljas så sent i graviditeten att fostret kunnat antas ha möjlighet att överleva.

Det är också av största vikt att på alla sjukhus där barn föds för tidigt, oavsett om det är som effekt av en initierad abort eller en av kroppen utlöst för tidig födsel, så ska det finnas tydliga rutiner för omhändertagandet. Inget barn får lämnas att dö. Om den nyfödda inte har förutsättningar att överleva ska palliativa insatser vidtas för ett värdigt och i möjligaste mån smärtfritt avslut.

⁶ I den statistik som publiceras av Socialstyrelsen framgår inte hur många aborter som genomförs i vecka 21, den siffra som uppges för 2015 kommer från Socialstyrelsen enligt uppgift i SVT.

10.5 Etiska dilemman för personal i vården

Av Europakonventionens artikel 9 framgår:

Envar skall äga rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet. Denna rätt innefattar frihet att byta religion eller tro och frihet att ensam eller i gemenskap med andra, offentligt eller enskilt, utöva sin religion eller tro genom gudstjänst, undervisning, andaktsövningar och iakttagande av religiösa sedvänjor.

Envars frihet att utöva sin religion eller tro må endast underkastas sådana inskränkningar, som äro angivna i lag och som äro nödvändiga i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till den allmänna säkerheten, upprätthållandet av allmän ordning, skyddandet av hälsa eller moral eller av andra personers fri- och rättigheter.

Enligt kristdemokratisk tradition är frågan om samvetsfrihet viktig. Samvetet är en central del av personligheten. Det handlar om vår förmåga att uppfatta moraliskt gott och ont, vad som är rätt och vad som är orätt. Samvetet reagerar genom att skapa en känsla av skuld vid orätt handlande och ger bekräftelse vid rätt handlande. Men samvetet kan också medvetet negligeras, vilket på sikt kan få till följd att personen blir samvetslös.

Kristdemokratin bygger på kristen människosyn och värdegrund. Med kristna värden avses allmänt giltiga värden, såsom exempelvis liv, hälsa, god miljö, sanning, kunskap, rättvisa, frihet, kärlek, försoning, tolerans, naturliga gemenskaper och relationer. I kristdemokratisk tradition är samvetet kopplat till dessa allmänt giltiga värden. När vi fattar beslut som främjar dessa värden så får vi inte dåligt samvete, och vice versa.

Sjukvårdspersonalen kan möta svåra etiska dilemman när de i sin yrkesutövning ska utföra uppgifter som strider mot deras egna etiska principer. Om vårdpersonal av samvetsskäl inte förmår medverka vid något ingrepp i vården så är det en situation som ska lösas på arbetsplatsen. Abort skulle kunna vara en sådan men det kan också finnas andra situationer eftersom vården inte sällan möter svåra frågor kring liv och död.

Kristdemokraterna vill inte införa någon lagstiftning. Vi har dock att följa det som står i Europakonventionen och i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna som Sverige har ratificerat. Vi menar att hur konventionernas stadganden av samvetsfrihet ska uppnås bäst löses lokalt på arbetsplatsen, genom exempelvis personalpolicyn, där arbetsgivare i regioner och landsting medverkar till att skapa förutsättningar för att anställda med svåra samvetsbetänkligheter inte tvingas att delta. Detta förekommer redan i vården utan att kollegor eller patienter blir lidande.

Arbetet som exempelvis barnmorska innefattar många olika arbetsuppgifter. En stor arbetsgivare kan därför organisera arbetet så att det går att tillgodose medarbetarnas önskan att inte medverka vid vissa typer av ingrepp och de kan i stället ta ett större ansvar i andra svåra delar av arbetet. Det är viktigt att poängtera att utgångspunkten för arbetsgivaren alltid måste vara hälso- och sjukvårdslagen. Den står givetvis över personalpolicyn.

10.6 Ungdomsmottagningar och preventivmedel

Ungdomar och unga vuxna behöver få kunskap om preventivmedel och säkrare sex, men också om rätten till sin egen kropp och att våga säga nej. Det är viktigt att skapa medvetenhet kring de risker för sexuellt överförbara sjukdomar som oskyddat sex och många partners är förknippade med. Därför måste familje- och preventivmedelsrådgivningen vara väl utbyggd och lättillgänglig i varje kommun.

Av ungdomsmottagningarnas verksamhet ska det också framgå att samhället inte ställer sig neutralt till det spirande livet. Det är viktigt att ungdomsmottagningarna får riktlinjer för det preventiva arbetet och att arbetet kvalitetssäkras genom öppna jämförelser av data för sexuellt överförbara infektioner samt tonårsaborter.

Kristdemokraterna genomförde under den senaste regeringsperioden flera åtgärder för att förbättra och utöka tillgången till information om sex och samlevnad, inte minst den nationella webbaserade ungdomsmottagningen umo.se. Vi gav också Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en vägledning för riktade preventiva insatser gentemot ungdomar och unga vuxna inom området hiv och sexuellt överförbara infektioner, STI, inkluderat sex- och samlevnadsinformation.

Regeringen har beslutat att preventivmedel ska vara kostnadsfritt för ungdomar upp till 20 år. Kristdemokraterna tycker inte att detta förslag är tillräckligt träffsäkert när det gäller det abortförebyggande arbetet. Enligt Socialstyrelsen har antalet aborter bland kvinnor under 20 år minskat men istället ökat bland kvinnor över 20 år. Vanligast är aborter i åldersgruppen 20–24 år. Därför vill vi istället subventionera preventivmedel för personer upp till 24 år.

10.7 Fosterdiagnostik

Föräldrars längtan och önskan att deras barn ska få vara friska och att de ska få lyckliga liv är mycket stark. Men om vi tror att lycka enbart kommer med hälsa och perfektion misstar vi oss. Ingen fosterdiagnostik i världen kommer någonsin kunna garantera att barnen i framtiden kommer att leva goda liv. Det finns varken perfekta människor eller en perfekt värld. En värld som präglas av medmännisklighet, tolerans för varandras olikheter och omsorg om dem som behöver extra stöd är en bättre värld än en värld där inga sjukdomar och funktionshinder existerar som en följd av strikt fosterselektering.

Kristdemokraterna vill inte medverka till ett samhälle där staten sanktionerar att personer sorteras ut med hänsyn till särskilda egenskaper, avvikelser, sjukdomar eller handikapp av samma anledning som vi inte vill ha ett samhälle där personer sorteras bort på grund av exempelvis kön eller ras. Fosterdiagnostik ska därför i huvudsak användas i livets tjänst, inte för att förhindra att barn med oönskade egenskaper föds.

Den typ av fosterdiagnostik som tillämpas idag är i huvudsak inriktad på att bedöma sannolikheten för, eller fastställa, kromosomavvikelse. Den vanligaste kromosomavvikelsen innebär att barnet föds med Downs syndrom. I relation till många andra funktionshinder kan Downs syndrom betraktas som en relativt lindrig avvikelse. Anledningen till att barn med just Downs syndrom med hjälp av modern fosterdiagnostik selekteras bort är alltså inte att det är ett funktionshinder som det är särskilt plågsamt eller svårt att leva med, utan att möjligheten finns. Det görs helt enkelt därför att det går och inte därför att det är mer etiskt försvarbart än att selektera bort barn med andra funktionshinder eller egenskaper. Sjukvårdens normgivande roll gör en etisk diskussion om syften och konsekvenser nödvändig. Med nya metoder som innebär mindre risk för missfall finns en risk att de därmed börjar användas än mer slentrianmässigt. Möjligheten att upptäcka vissa avvikelser redan på fosterstadiet innebär dock inte att alla gravida kvinnor ska uppmuntras eller ens erbjudas att låta göra fosterdiagnostiska undersökningar för att efterforska dem. Det är viktigt att sjukvården tar sin normgivande roll på största allvar och erbjuder stöd, hjälp och bästa tänkbara vård till de barn som föds med sjukdomar eller funktionsnedsättningar och till de föräldrar som får ett barn med särskilda behov. Fosterdiagnostik reser etiskt svårt frågor

då det ger föräldrarna information och kunskap som det kan vara mycket svårt att hantera. Hur ska ett föräldrapar kunna värdera informationen om att det barn de väntar är drabbat eller kommer att drabbas av en allvarlig och omfattande eller mindre allvarlig åkomma?

Om sjukvården framhåller KUB, NIPT och fostervattenprov som självklara rutinundersökningar inom mödravården sänder detta signaler om att samhället vill prioritera möjligheten för alla blivande föräldrar att välja och välja bort barn på grund av deras egenskaper. Med inställningen om att vårt samhälle ska vara ett välkommande och öppet samhälle som kan möta särskilda behov hos sina medborgare bör den typ av fosterdiagnostik som kan leda till att barn väljs bort på grund av särskilda egenskaper eller avvikelser istället praktiseras med stor restriktivitet och inte rutinmässigt erbjudas till alla. Trots att ett beslut om att avbryta en graviditet slutligen ligger hos de blivande föräldrarna menar vi att sjukvården kan göra mycket för att lindra osäkerheten och ingjuta mod att fullfölja en graviditet trots förväntade sjukdomar, handikapp och avvikelser.

Diskussionen om fosterdiagnostik kräver ödmjukhet och nyansering. Vår principiella inställning är att fosterdiagnostik ska ske för barnets bästa. Blivande föräldrar bör enbart få information om kön när det är av medicinsk betydelse. Aborter som har som enda syfte att välja kön på barn är inte acceptabla. Att fosterdiagnostiken leder till svåra etiska dilemman är ändå inte skäl att avstå från den helt. Skador och missbildningar kan, om de upptäcks vid fosterdiagnostik, i vissa fall lindras eller botas redan under fosterstadiet. Vad som behövs är att det finns välutbildad personal som kan ge information och stöd i de frågor som uppkommer. Många behöver uppföljande samtal med information om behandlingsmöjligheter och vilket stöd samhället kan ge. Det krävs tid för reflektion. Därför anser vi att det bör erbjudas samtal med genetiska rådgivare, eller annan personal som har erforderlig kompetens på området. Mödravården behöver förstärkas med tillgänglig och kvalificerad etisk rådgivning. Exempelvis kan föräldrar med egen erfarenhet av barn med en viss sjukdom eller representanter för handikapprörelsen få möjlighet att lämna information eller finnas tillgängliga för frågor.

En invändning mot att kritisera fosterdiagnostikens potentiellt utsorterande effekt är att de aborter som görs efter diagnostik utgör ett mycket litet antal. Detta är att jämföra med de tusentals aborter som görs utan att några skäl uppges. Samtidigt är det angeläget att problematisera det faktum att samhället – som ska skapa förutsättningar för en gravid kvinna att i möjligaste mån välja att fullfölja en oplanerad graviditet – med hjälp av fosterdiagnostik söker efter skäl för blivande föräldrar att avbryta planerade graviditeter. Debatten om, och varningen för, selekterande fosterdiagnostik behövs för att värna människovärdet, motverka en relativisering av detta och för att motverka diskriminering.

11 Folkhälsofrågor

11.1 Förebygg ohälsa

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt och medellivslängden fortsätter öka. Ändrade levnadsvanor mot ett hälsosammare liv gör att fler kan hålla sig friska längre.

Kunskapen om betydelsen av kost, motion och en sund livsstil finns idag hos de allra flesta. Människor är mer engagerade i sin hälsa än någonsin tidigare. Samtidigt är hälsan ojämnt fördelad; hos vissa grupper ökar stress, psykisk påfrestning, rökning, alkoholriskbruk, övervikt och andra hälsoproblem.

Alliansregeringen gjorde satsningar på bland annat hälsocoacher och läkemedelsgenomgångar. Det finns också goda exempel på landsting som erbjuder hälsosamtal och därmed ger människor bättre förutsättningar att känna delaktighet och motivation att vid behov ändra sina levnadsvanor. Men det finns fortfarande stora hälsovinster att göra genom mer förebyggande arbete.

Beräkningar visar att minst en tredjedel av hjärt-kärlsjukdomarna och vart tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna skulle kunna förebyggas med förändrade levnadsvanor. En kristdemokratisk folkhälsopolitik syftar till att stödja den enskilde att göra hälsosamma val. Många hälsoproblem beror på alkohol, tobak och övervikt. Genom tidig upptäckt och personanpassade behandlingsupplägg kan många folkhälsoproblem förebyggas. En fortsatt restriktiv alkoholpolitik och förebyggande arbete i frågor om rökning är i detta sammanhang viktigt.

11.2 Nationell strategi för astma och allergi

Allergi och överkänslighet är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna. Över 3 miljoner människor i Sverige lider av någon form av allergi eller överkänslighet. Förekomsten ökar stadigt och det är idag en av våra stora folksjukdomar. Genom ökad kunskap och satsning på förebyggande insatser kan man minska allergierna och därmed både patientens och samhällets kostnader. För att lyckas i större skala krävs att kunskaperna om dessa sjukdomar sprids i samhället så att det allergiförebyggande arbetet blir en integrerad del i flera verksamheter – primärvård, skola, barnomsorg, arbetet med miljön i stort och i arbetslivet, byggsektor etc. Detta kräver ett brett arbete över flera samhällsområden och vi anser att detta motiverar en särskild nationell strategi för att genom riktade insatser stoppa ökningen av dessa problem. Barns behov på detta område ska uppmärksammas särskilt. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är välkomna, men täcker inte in allergi då de fokuserar på rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

11.3 Alkohol, narkotika och tobak

Kristdemokraterna vill att alla människor ska kunna växa upp och leva utan risk att skadas på grund av eget eller andras bruk av alkohol, narkotika eller tobak. Missbruksvården måste bli mer tillgänglig och det internationella samarbetet mot ANDT ska fortsatt vara starkt.

Sedan 2011 finns en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken m.m., förkortad ANDT-strategin. Strategin anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser. Den första strategin gällde mellan 2011 och 2015 och en ny strategi som gäller fram till 2020 har nyligen antagits. Folkhälsomyndigheten ansvarar för att följa upp strategin och för det samordnade uppföljningssystemet.

Det är positivt att regeringen i huvudsak bygger vidare på den strategi som togs fram under ledning av Maria Larsson. Kristdemokraterna står därför i huvudsak bakom regeringens bedömningar i strategin men vänder oss emot på några viktiga punkter.

Under lång tid har en minskning av totalkonsumtionen varit en bärande del i det alkoholpolitiska arbetet i vårt land och det har funnits en stark uppslutning kring detta. Den vetenskapliga grunden för att det är en central del i det förebyggande arbetet är solid och det har funnits ett starkt politiskt stöd. I den förra strategin stod det tydligt formulerat redan i det övergripande målet: ”Målet innebär att förhindra all skadlig alkoholkonsumtion, bland annat genom att minska konsumtionen och skadliga dryckesvanor.”

Den prioriteringen har också varit framgångsrik. Från toppnoteringen 2004 på 10,5 liter per person sjönk det till drygt 9 liter per person 2010 och har sedan legat på den nivån. Detta lyfts fram i utvärderingsdelen i regeringens skrivelse för den nya strategin men när det kommer till målformuleringarna så saknas det. I den nya skrivelsen kan vi istället läsa: ”Till skillnad från de andra substanserna är alkohol accepterat som en del av vår kultur och därför tar det övergripande målet fasta just på att minska de medicinska och sociala skadorna orsakade av alkohol.” Totalkonsumtionen har försvunnit som mål; den återfinns varken i de specifika målformuleringarna eller i de övergripande målsättningarna. Detta menar vi är fel väg att gå.

I det förebyggande arbetet är det också viktigt att vi samarbetar med och tar hjälp av civilsamhället. Det perspektivet saknas till stora delar i den nya strategin.

Vi har också ställt oss frågande inför vägvalet att i den nya strategin ta bort det specifika mål som gäller barn med hänvisning till att det ska genomsyra allt arbete. Att ta det steget innebär en risk för att det som inte definieras i ett specifikt mål inte heller på samma sätt följs upp och därmed tappas bort. Det är av största vikt att detta noggrant följs upp så att sådana farhågor inte besannas.

11.3.1 En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik

Samtidigt som vi vet att alkohol ligger bakom många av samhällets stora problem så är alkohol i måttlig mängd för många i vårt samhälle förknippat med fest, livskvalitet och kulinariska upplevelser. Alkohol kan ge allvarliga konsekvenser inte bara för den enskilda brukaren, utan även för omgivningen. Våld och annan kriminalitet, splittrade familjeförhållanden, trafikolyckor och sjukskrivningar är några exempel. Ofta kan också fattigdom och utanförskap kopplas till bruk av alkohol. Därför är det för oss kristdemokrater viktigt att stå upp för en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik som syftar till ett samhälle med måttfulla alkoholvanor.

Vi värnar därför Systembolagets monopol samt en aktiv prispolitik som via punktskatter gör alkohol dyrare än andra drycker. Alkoholmonopolet och de relativt höga skatterna på alkohol är de viktigaste inslagen i Sveriges restriktiva alkoholpolitik. Kristdemokraterna höjer liksom regeringen skatten på alkohol.

11.3.2 Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol

Kristdemokraterna är principiellt inte emot frågan om gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol i små volymer. Vår ståndpunkt är att Systembolagets detaljhandelsmonopol ska värnas. Om gårdsförsäljning skulle visa sig vara förenligt med Systembolagets monopol så skulle vi se positivt på ett sådant införande. Där är vi dock inte i dag. Frågan har utretts flera gånger. Senast av den statliga utredningen SOU

2010:98, som konstaterar att där enbart svenska tillverkare får sälja sina produkter direkt till konsument på tillverkningsstället är diskriminerande samt strider mot EU-rätten. Detta med anledning av att ett enskilt land inte får diskriminera utländska producenter eller produkter. Även den första utredaren Anita Werner (Alkohollagsutredningen, SOU 2009:22) och riksdagens utredningstjänst (RUT) har kommit till samma slutsats.

För att inte bryta mot EU-rätten lämnade därför utredaren i SOU 2010:98 ett förslag om att ge alla tillverkare inom EU och övriga världen rätt att sälja sprit, vin och starköl direkt till konsument på samma villkor som svenska tillverkare. Det förslaget skulle i sin tur leda till en nedmontering av det svenska detaljhandelsmonopolet, något som Kristdemokraterna är emot.

Viktigt är dock att titta vidare på vilka möjligheter som kan stå till buds för att lokalt producerad alkohol ska kunna säljas, med ett bevarat systembolag. En möjlighet som har underlättat avyttringen av gårdarnas produkter är Systembolagets utvidgade service. Det går numera att beställa en gårds varor till närmaste systembolag. Varorna levereras fritt för såväl kund som leverantör. Lokala produkter har numera särskild hyllmärkning i butiken och såväl sortimentet som försäljningsvolymen har utökats på senare år.

11.3.3 Tobak och passiv rökning

Det är en angelägen uppgift att förbättra folkhälsan genom att förebygga att personer börjar röka och att få fler att sluta. Det ska vara svårt att börja och lätt att sluta röka. Dessutom ska det i möjligaste mån förhindras att någon utsätts för passiv rökning.

En hel del åtgärder har vidtagits under de senaste åren såsom en skärpning av tobakslagen avseende kontroll av åldersgräns och tillsyn av försäljning av tobaksvaror. Tobaksskatten har också höjts och Kristdemokraterna föreslår att skatten på tobak höjs ytterligare.

Flera insatser har även gjorts för att minska passiv rökning. Tobakslagen säger att alla arbetsplatser ska arbeta aktivt för att försöka minska risken för passiv rökning. Det finns idag många rökfria arbetsplatser och kommunerna bör uppmuntras att skapa fler rökfria miljöer. En angelägen uppgift för kommuner och länsstyrelser är att utöva tillsyn på skolgårdar där det ska råda rökförbud. Vi står även bakom tobakslagens förbud mot att röka på restauranger, i offentliga lokaler eller i lokaler för barnomsorg eller sjukvård.

Vi ställer oss däremot tveksamma till vidgande av förbudet mot rökning i utomhusmiljö genom lagstiftning. Det är möjligt för markägare redan idag att hindra rökning på platser såsom uteserveringar och kollektivtrafikplattformar, en möjlighet som vi ser positivt på att den används. Att genom lag förbjuda något ska dock användas med stor försiktighet och enbart då motsvarande resultat inte går att nå på annat sätt. Ökad information, riktade insatser i särskilda miljöer eller mot särskilt utsatta grupper är verktyg som inte i tillräcklig utsträckning har använts. Särskilt bör i sådana insatser lyftas fram vikten av att vi visar hänsyn till våra medmänniskor. För även om det inte går att påvisa direkta skadliga hälsoeffekter av passiv rökning i sådana utomhusmiljöer är det många som upplever ett stort obehag och för personer med astma kan det ge direkta besvär. Precis som vi ska ta hänsyn till personer med svåra allergier och inte utsätta dem för starka dofter, pälsdjur eller andra allergener ska vi inte utsätta dem för tobaksrök.

11.3.4 Tobaksanvändning bland ungdomar

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rapport från 2016 om drogvanor hos elever i årskurs 9 och andra året på gymnasiet visar att tobakskonsumtionen bland niondeklassare minskat påtagligt under 2000-talet. Nedgången av andelen rökare i årskurs 9 är statistiskt säkerställd sedan 2012. Liksom i tidigare undersökningar, var det i årets undersökning fler flickor än pojkar som rökte, medan pojkarna å andra sidan snusade i större utsträckning. I gymnasiet har den totala tobakskonsumtionen bland pojkar fluktuerat kring en förhållandevis stabil nivå dock med vissa tendenser till nedgångar under senare år medan flickornas tobakskonsumtion mer tydligt minskat. Bland flickor i gymnasiet har det skett en signifikant minskning av andelen rökare under den senaste femårsperioden. Även i denna årskurs var snusning betydligt vanligare bland pojkar. Frågor om användning av e-cigarett introducerades år 2014 och andelen som provat detta har sedan dess legat på högre nivå både år 2015 och 2016 jämfört med startåret. I årets undersökning svarade 29 procent av pojkarna och 25 procent av flickorna i årskurs 9 att de någon gång använt e-cigarett. Motsvarande siffror för gymnasiet var 42 respektive 29 procent.

Många reformer har genomförts under de senaste åren. Skatten på tobak har höjts och begränsningar införts gällande försäljning. Att upprätthålla ålderskontroller och arbeta med program som aktivt stödjer ungdomar att välja en rök- och drogfri livsstil är fortsatt viktigt för att ännu färre ungdomar ska börja röka. Att rökningen kraftigt minskar bland ungdomar visar att de insatser som hittills gjorts uppenbarligen har haft effekt.

Kristdemokraterna anser att det är viktigt med fortsatta insatser för att ännu färre ungdomar ska börja röka och för att de som är rökare ska sluta röka. Ungdomsmottagningarna har ett högt förtroende när det gäller informationsinsatser riktade till ungdomar och är därmed viktiga också i folkhälsoarbetet.

11.3.5 Narkotika

Kristdemokraterna vill ha ett narkotikafritt samhälle och arbetar konsekvent för att stoppa alla tendenser till drogliberalisering. Det behövs ett förebyggande arbete, en bra vård och behandling för den som fastnat i missbruk och en brottsbekämpande insats från tull och polis. Sedan 2011 har polis och tull rätt att beslagta preparat som är misstänkt farliga. En åklagare kan besluta att varorna förstörs. Folkhälsoinstitutet och Läkemiddelsverket kan också snabbt beställa preparat från internet för att skynda på narkotikaklassningen. Hittills har samhället ofta legat steget efter, men vi ger inte upp kampen mot narkotikorna.

Ett av de långsiktiga målen i ANDT-strategin är att antalet döda och skadade på grund av narkotikamissbruk ska minska och prioriterat är att minska dödligheten bland ungdomar på grund av experimenterande med droger. Pågående åtgärder är bevakning av försäljningen av missbruksmedel via internet, klassificering av nya substanser, löpande uppföljning av den narkotikarelaterade dödligheten samt informationsinsatser för att öka kunskapen om cannabis negativa effekter på hälsa och social utveckling. Här kan särskilt nämnas Trestad 2 där de tre storstäderna har arbetat med att minska användande av cannabis bland unga. Projektet gick ut på att utvärdera, konsolidera och utveckla verksamhet och insatser som redan fanns. Arbetet har resulterat i en större tydlighet i de metoder som används och pekat ut en del problem vilket ger möjligheter till vidareutveckling av insatser och en förbättrad implementering lokalt.

Kristdemokraterna är positiva till utbyggnaden av sprututbytesprogrammet då det har dokumenterad effekt på riskbeteenden, dvs att de som söker sig till sprututbytet i mindre utsträckning delar använda verktyg med varandra. Detta är viktigt inte minst eftersom ny smitta av t.ex. hepatit C vanligtvis sker inom ett par år efter injiceringsdebut. Genom att minska smittspridningen av framför allt hepatit C och hiv och kan unga människor skyddas från att bli smittade tidigt i livet vilket sparar mycket lidande och även pengar för sjukvårdskostnader. Sprututbytet förbättrar också förutsättningarna för beroendevården att nå ut med hjälpinsatser till individer som annars inte skulle uppsöka vården. En rädsla som finns är att ett utbrett sprututbytesprogram skulle leda till en ökad droganvändning, men det finns ganska omfattande forskning på det området och inga studier visar ett ökat drogintag vare sig på individ- eller samhällsnivå.

Kristdemokraterna anser också att det är angeläget att naloxon ska vara tillgängligt för närstående samt polis och räddningstjänst vid risk för överdosering av opiater. Naloxon kan inte missbrukas och är inte beroendeframkallande. Att snabbt kunna ge en livräddande hjälpinsats vid en eventuell överdos är därför mycket viktigt. Arbetet som nu pågår bör fullföljas så att läkemedlet så snart som möjligt finns tillgängligt för exempelvis anhöriga och de professioner som skulle kunna göra den livräddande insatsen.

11.3.6 Missbruksvård

Kristdemokraterna genomförde under regeringstiden flera åtgärder för att förbättra vården av missbrukare och beroende. Det omfattade bland annat krav på överenskommelser mellan huvudmännen som även omfattar läkemedels- och dopningsmissbruk och krav på upprättande av samordnade individuella vårdplaner. Brukarmedverkan har även stärkts genom att lagen anger att brukar- och närståendeorganisationer bör ges möjlighet att ge synpunkter på överenskommelserna mellan huvudmännen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar i sin rapport ”Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården” (2017:1) att 19 av 21 landsting har länsöverenskommelser på plats, men endast 62 procent (153 av 246) av de svarande kommunerna uppgav att det fanns lokala överenskommelser. Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatrin, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Vidare påpekar huvudmännen att det varit svårt att komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, särskilt på lokal nivå och när det gäller det finansiella ansvaret. Det är därför viktigt att följa arbetet med implementeringen av samordnade individuella vårdplaner. Kristdemokraterna anser också att beroende- och missbruksvården ska utökas och intensifieras inom primärvården.

Kristdemokraterna har genom alliansregeringen sedan 2008 samarbetat med SKL för att stödja huvudmännen att omsätta de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården i praktiken. Arbetet har bidragit till ökad användning av kunskapsbaserade metoder, många inom kommuner och landsting har utbildats och brukarråd har bildats. Kunskap till praktik, i vilken 16 000 medarbetare får vidareutbildning, har nu ställts om till att implementera ett barn- och familjeperspektiv i missbruksvården, inom ramen för ett uppdrag till Socialstyrelsen. Sedan 2015 finns det en ny läkarspecialitet i beroendemedicin.

Vi ser positivt på att den nuvarande regeringen har fortsatt att stödja utvecklingen av missbruks- och beroendevården i samverkan med SKL med fokus på att stärka barn- och föräldraperspektivet i vården bland annat genom att uppmuntra en systematisk samverkan med den sociala barn- och ungdomsvården.

Förbättringsarbete pågår även genom tillsynsverksamheten som ligger hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO sprider viktig vägledning till alla kommuner. Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården omfattar flera kvalitetsområden, bland annat delaktighet, uppföljning av insatser, hur enskilda informeras om sina rättigheter och systematisk uppföljning.

12 Föräldrastöd

Politiken ska stödja familjer. Familjen är den grundläggande gemenskapen i samhället och därför ska familjebildning och familjesammanhållning underlättas och uppmuntras. Familjens integritet ska respekteras och föräldraansvaret ska tydliggöras och uppmuntras. Även om en parrelation ibland inte fungerar är det gemensamma ansvaret för barnet livslångt.

Familjesituationen har stor betydelse för människors välfärd, hälsa och trygghet. Konflikter i familjen påverkar barnens hälsa och därför är det viktigt med förebyggande åtgärder.

12.1 Föräldrautbildning

Föräldrarna är de viktigaste personerna i ett barns liv. Det finns situationer då föräldrar upplever svårigheter i sitt föräldraskap eller har behov av stöd för att hantera nya situationer. Det offentliga ska inte ta över föräldrarnas roll. Däremot ska det offentliga erbjuda stöd och hjälp i föräldrarnas viktiga uppgift. Stöd till föräldrarna är också ett stöd till barnen.

En stor del av dagens föräldrastödinsatser fokuserar på de mindre barnen och nyblivna föräldrar. Detta är en riktig prioritering eftersom forskning talar till förmån för tidiga insatser. Samtidigt ser vi ökande problem med psykisk ohälsa och oro bland våra tonåringar. Även lite större barn och tonåringar är i behov av sina föräldrars tid och uppmärksamhet. Kristdemokraterna föreslår därför en förlängning av möjligheten att ta ut dagar med föräldrapenning tills barnet är 18 år.

Det finns en efterfrågan bland föräldrar om att kunna få prata och rådgöra med någon om föräldrarollen och barnets utveckling. Det befintliga utbudet av stöd motsvarar inte detta behov, särskilt inte vad gäller stödet till föräldrar med tonårsbarn. Vi vill därför öka tillgången till föräldrautbildning genom att göra det obligatoriskt för kommunerna att erbjuda föräldrautbildning vid minst två tillfällen. Ett när barnen är mindre och ett under tonårstiden. Vi avsätter 176 miljoner kronor per år för detta ändamål till kommunerna. Folkhälsomyndighetens hälsoekonomiska beräkningar visar att det är kostnadseffektivt att satsa på föräldrastöd. Varje satsad krona på strukturerade föräldrastödsprogram ger 2 kronor tillbaka inom ett till två år. Även studier som två nationalekonomer genomfört för Idéer för livet visar på de såväl mänskliga som ekonomiska fördelarna med att satsa på tidiga insatser, fasta prioriteringar, långsiktighet

och strukturell samverkan för att barn inte ska hamna i utanförskap. Föräldrarna är i detta sammanhang centrala, enligt författarna.

12.2 Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar

Kristdemokraterna medverkade under regeringstiden 1991–1994 till förstärkt familjerådgivning och numera är varje kommun skyldig att erbjuda familjerådgivning. Sedan 2004 har, enligt Socialstyrelsens statistik, antalet ärenden och besök till familjerådgivningen ökat med 19–21 procent. Under 2015 besökte 63 000 personer den kommunala familjerådgivningen och 45 000 barn berördes av ärenden som påbörjades under samma år. Nästan hälften av samtalen handlade om att lösa problem i parrelationen.

Grundtanken med familjerådgivning är att skapa en verksamhet med låga trösklar dit människor med förtroende och i skydd av en absolut sekretess kan vända sig med sina mest privata relationsproblem. Syftet är att bistå par så att de kan hantera sina konflikter, problem och krissituationer på sådant sätt att de vill fortsätta leva tillsammans. För dem som väljer att separera kan rådgivningen vara ett sätt att få hjälp med att hantera konflikter och att underlätta samarbete och ett gemensamt föräldraskap även om de lever på skilda håll.

Enligt Socialstyrelsen visar studier att familjerådgivningen kan bidra till förbättrade parrelationer, ett funktionellt familjeklimat samt förbättrad hälsa. Det finns även svensk forskning och utvärdering som visar att familjerådgivning har en positiv effekt på den självrapporterade kvaliteten i parförhållanden. Satsningar på familjerådgivning och föräldrastöd är således bra sätt att främja familjestabilitet och att förbättra situationen för barnen. Familjerådgivning och föräldrastöd är förebyggande barnvårdsarbete.

Familjerådgivningen fungerar bäst i ett tidigt skede innan alltför stora låsningar uppstår. För att så ska ske måste familjerådgivningen avdramatiseras exempelvis genom att denna möjlighet introduceras på ett tidigt stadium. När ett par blir föräldrar för första gången vill vi därför att de får en gratischeck till familjerådgivningen som de kan nyttja om de vill eller har behov. Vi avsätter 80 miljoner kronor för detta ändamål för vardera året 2018–2020.

Socialstyrelsens statistik visar även att de regionala skillnaderna är stora. Vanligast är familjerådgivning i Hallands län där 17 personer per 1 000 invånare besökte kommunal familjerådgivning under 2015. Därefter följde Stockholm och Gotland. Lägst ligger Kronoberg med 3 personer per 1 000 invånare, följt av Östergötlands och Kalmar län. De regionala skillnaderna kan ha många olika orsaker. Faktorer som kan spela in är till exempel tillgänglighet, resurser, avgifter och kännedom om verksamheten. Eftersom familjerådgivningen är inriktad på att ge stöd i krissituationer är det viktigt att väntetiderna inte är för långa. Valfrihetssystem finns i några kommuner som har lett till ökat antal familjerådgivare och således bättre tillgänglighet. Tillsammans med familjerådgivningschecken ska det därför finnas information som beskriver vad familjerådgivningen kan erbjuda och vilka kommunala och privata vårdgivare det finns i regionen.

En annan viktig fråga ur ett tillgänglighetsperspektiv är avgifterna till familjerådgivningen. Enligt lagstiftningen får kommunerna ta ut avgifter men de bör läggas på en sådan nivå att de inte avhåller enskilda från att vända sig till den kommunala familjerådgivningen. Avgifterna varierar dock starkt mellan olika kommuner från helt avgiftsfritt till 500 kronor. Avgiften har sannolikt en inverkan på

efterfrågan och därmed tillgängligheten, i synnerhet för familjer med lägre inkomster. För att sänka trösklarna till familjerådgivningen föreslår vi därför att kommunerna maximalt ska ta 300 kronor för ett besök hos familjerådgivningen. Som jämförelse kostar ett besök hos en specialistläkare mellan 200 och 400 kronor i de olika landstingen (SKL). Frågan bör utredas vidare.

12.3 Familjecentral och öppen förskola

Allt fler familjecentraler startar i Sverige. Ofta sker det i ett samarbete mellan kommuner och landsting med personal från mödravård, barnavård, öppen förskola och socialtjänst. Syftet är att arbeta förebyggande bland barn och familjer för att erbjuda en mötesplats, främja en god hälsa och stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar. Socialtjänsten ges exempelvis tidig möjlighet att få kontakt med utsatta och hjälpbehövande familjer. Familjecentralerna skapar värdefulla kontaktnät. Självinitierade och självdrivna nätverksgrupper bildas ofta utifrån deltagarnas behov och önskemål. Grupperna kan rikta sig till unga föräldrar, ensamstående föräldrar, pappor, invandrare eller adoptivföräldrar.

Familjecentraler startas ofta i projektform. Med huvudmännens ansträngda ekonomi är framtiden oviss. Tyvärr skapar detta inte den långsiktighet som skulle behövas i verksamheten.

Kristdemokraterna ser mycket positivt på familjecentralsverksamheten och ser gärna att minst en central med god tillgänglighet finns i varje kommun. Verksamheten startas utifrån ett behov och ur ett underifrånperspektiv. Statens uppgift bör dock vara att stå för en nationell uppföljning av verksamheten så forskningen kan tillgodogöra sig de erfarenheter som görs i verksamheten och så att statistiskt material kan samlas och spridas. Staten bör också stå för stimulans till huvudmännen av verksamheten, så att den kan permanentas och långsiktigt förbättra hälsoläget för barn och familjer samt förebygga att riskfaktorer löses ut.

Vi är också mycket positiva till att det finns en öppen förskola i anslutning till familjecentralen. Enligt Skolverkets statistik ingick 44 procent av de öppna förskolorna hösten 2016 i en familjecentral, vilket är mycket positivt. Samtidigt finns det nu orter där öppen förskoleverksamhet helt saknas eller inte räcker till för alla barn. 75 kommuner saknar helt öppen förskola, enligt Skolverket. Det är en oroväckande nedmontering av familjestödet i en tid då allt fler föräldrar uttrycker behov av stöd. Även om det har skett en liten ökning av verksamheter under föregående år vill Kristdemokraterna att antalet öppna förskolor ökar ännu mer. Vi är mycket positiva till samverkan mellan öppna förskolor och familjecentraler.

13 Social omsorg och socialtjänstfrågor

De sociala nätverken skapas av människor tillsammans. De är en naturlig och avgörande del av våra liv. Dessa sociala nätverk framstår som särskilt betydelsefulla när människor drabbas av svårigheter av olika slag. Välfärdssamhället ska bygga på att enskilda och grupper av människor, som familj, grannar, föreningar, i första hand ges möjlighet att ta ett stort ansvar för den nära omgivningen. Med subsidiaritetsprincipen som grund ska det offentliga stödja de naturliga nätverken. Men det offentliga är ytterst ansvarigt för

att alla ska kunna leva ett tryggt och värdigt liv. Offentlig, ideell och privat verksamhet ska komplettera varandra.

Målet för socialpolitiken är att stödja gemenskaperna och de enskilda människorna till egen försörjning och god omvårdnad. Socialtjänsten har därför en vid och fundamental uppgift inom det offentliga. Socialtjänsten har i uppdrag att ge stöd och hjälp när någon inte klarar sig själv. Det gäller såväl unga som äldre, familjer som enskilda.

De senaste åren har socialtjänsten präglats av ett allt större uppdrag genom att fler människor behöver hjälp under en del av livet. Samtidigt har personalbristen blivit akut inom flera områden och såväl kontinuitet som kvalitet påverkas. Kommunerna har ansvar för socialtjänsten och även om de generella statsbidragen blivit lite större så upplever de flesta kommuner ett allt större tryck genom personalbrist och ökade kostnader som inte möts av tillräckligt ökade statsbidrag. I sammanhanget bör påtalas att kommuner och landsting främst är beroende av att antalet arbetade timmar ökar. Genom en hållbar tillväxt med fler jobb ges kommuner och landsting uthålliga möjligheter att anställa och behålla personal. Det är på det sättet välfärden långsiktigt säkras i ekonomiska termer. Men det krävs också reformer som påverkar förutsättningarna för verksamheten och uppdraget.

Om vi tillåter att socialtjänsten försämras genom brist på personal och ekonomiska resurser när uppdraget ökar så uppstår ett välfärdssvek. Människor har på goda grunder rätt att förvänta sig att socialtjänsten klarar sitt uppdrag som yttersta skyddsnät och att den kan ge stöd och hjälp till den som inte klarar sig själv. Vi ser de problem som finns och föreslår reformer som leder till att människor kan lita på att välfärden fungerar.

13.1 En nationell krissocialjour

Situationen sedan 2015 har tydliggjort svårigheter som funnits sedan förut avseende att kommuner i vissa lägen inte klarar sitt uppdrag inom socialtjänsten fullt ut.

De humanitära kriserna runt om i världen har satt, och sätter alltjämt, mycket hård press på de svenska samhällsinstitutioner som ansvarar för asylmottagandet. Kommunerna och landsting har gjort ett imponerande arbete i mottagandet för att ge möjligheter till boende, hälsovård, utbildning och arbete. Många kommuner bedömer alltjämt att de inte kan leva upp till kraven för att garantera de asylsökandes rättigheter. Det är ett akut behov av bland annat fler socialsekreterare, gode män och familjehem. För att hantera den pressade situationen har kommunerna tvingats att göra avkall på de grundläggande kvalitetskraven.

Det alltför stora trycket på de kommuner som tagit ett större ansvar har, i varje fall tillfälligt, påverkat de ordinarie samhällsfunktionerna negativt. Något som lett till missnöje och motsättningar på vissa platser. Staten har gett kommuner och landsting ökade statsbidrag för att klara uppdraget men sammantaget bedömer de flesta kommuner att resurserna inte är i paritet med det ökade uppdraget.

För att avlasta kommunernas socialtjänst krävs en förnyad ansvarsfördelning och nya arbetsformer. Vi anser därför att en nationell krissocialjour bör inrättas. När kommunerna bedömer att de behöver extra hjälp kan sådan avropas från den nationella krissocialjouren. Med en nationell organisation kan resurserna användas optimalt. Dessutom kan riskerna för att barnens trygghet och rättssäkerheten åsidosätts minimeras.

Fortsatta utmaningar förväntas under kommande år när ansvaret för stöd- och vårdinsatser förskjuts från stat till kommuner och landsting i samband med att stora grupper övergår från att vara asylsökande till att vara nyanlända. Det riskerar att påverka alla delar av socialtjänstens verksamhet. Att öka resurserna till kommuner såväl som till civilsamhället är nödvändigt.

Bristerna i asylmottagandet är och har varit särskilt allvarliga för de ensamkommande barnen och ungdomarna. En anledning är osäkerheten runt deras boende. Ensamkommande blir placerade i olika kommuner enligt avtal. Under hösten 2015, som var den mest ansträngda perioden, uppstod en akut brist på boendeplatser runt om i landet. Tyvärr fanns det då varken tid eller personalresurser för att göra en grundläggande kvalitetsgranskning av de platser som stod till buds. Nu när antalet ensamkommande asylsökande har sjunkit kraftigt har kommunerna fått möjlighet att granska dessa boenden i efterhand. Tyvärr har det upptäckts att flera boenden inte hållit tillräckligt hög kvalitet, eller till och med saknar nödvändiga tillstånd. Avtal som aldrig borde ha tecknats har därför sagts upp. Till stora delar har detta arbete varit helt nödvändigt. Samtidigt har det för enskilda barn inneburit ytterligare påfrestningar eftersom de tvingats flytta. Ibland till en annan kommun. Kanske i närområdet, men det är inte ovanligt att de måste flytta till en helt annan del av landet. De har tvingats bryta upp från en miljö som börjar kännas som ett hem, i ett för övrigt främmande land. Skolan och nyfunna vänner har bidragit till att de börjat rota sig och känna trygghet och tillit i samhället. Istället är nu stress och psykisk ohälsa påtaglig hos enskilda individer.

En annan anledning till att de ensamkommande är utsatta är att de har helt andra behov än vad socialtjänsten traditionellt är van vid. Många har svåra upplevelser bakom sig. Upplevelser av trauma, tortyr och separation, otrygghet samt förföljelse och diskriminering. Sömnproblem, ångest, oro och posttraumatisk stress är vanligare än hos befolkningen i stort. Det är inte ovanligt att den obarmhärtigt långa och ovissa asylprocessen ytterligare förstärker den psykiska ohälsan. Socialtjänsten har saknat metoder för att utföra de utredningar och uppföljningar som möter de asylsökandes behov.

Kommunernas kostnader för de ensamkommande är fortsatt höga. Likaså påfrestningen på socialtjänsten. Risken är då överhängande att tillräcklig hänsyn inte tas för att säkerställa den enskilda individens bästa. Extra påtagligt blir det när en ensamkommande fyller 18 år. Såvida de inte kan ordna ett eget boende när de blir myndiga blir de ofta abrupt omplacerade till en annan kommun. För att skapa goda förutsättningar för en god psykisk hälsa och en lyckad integration behöver vi i största möjliga mån undvika uppbrott. Det mest humana är att låta dem stanna i den kommun där de har etablerat sig. Vi välkomnar den ökning av resurser som har givits till kommunerna för att klara detta men anser inte att det är tillräckligt.

Den nationella krissocialjour vi föreslår ska inrättas bör ha befogenhet och resurser att upprätta mottagningsboenden samt granska och rekrytera familjehem, gode män och särskilt förordnade vårdnadshavare. Jouren bör även ansvara för familjehemsplacering och verka som stöd för de kommuner som upprätthåller funktionerna i egen regi eller i samverkan med andra kommuner. Den nationella organisationen bör även agera som ett kompetenscentrum med fokus på hur särskilda behov kan mötas på bästa sätt. Nationella riktlinjer för vilka krav som bör ställas på familjehem och gode män bör upprättas. Likaså riktlinjer runt hur stödgruppsverksamheten ska utformas. Genom att underordna det nationella kompetenscentrum för ensamkommande som regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta under den nationella krissocialjouren kan vi

säkerställa att kunskapen sprids till de kommunala socialtjänsterna. Då kan ändamålsenliga metoder komma alla barn till del, oavsett var i landet de blir placerade. Vi avsätter 25 miljoner per år 2018–2020 för att inrätta en nationell krissocialjour.

13.2 Lämpligt boende och gode män för ensamkommande barn och unga

Kristdemokraterna anser att fler ensamkommande barn och ungdomar i första hand ska placeras i familjehem. Eftersom antalet familjehem är begränsat har Kristdemokraterna föreslagit att fler familjehem med beredskap att ta hand om dessa barn och unga ska rekryteras.

För de barn och unga som ändå inte kan beredas plats i ett familjehem är det viktigt att kommunen kan erbjuda annat lämpligt boende. Den nya typen av boende, stödboende för unga mellan 16 och 20 år, som nyligen har införts har varit välkommen. Tidigare var det endast möjligt att placera barn och unga i HVB-hem, vilket inte alltid varit lämpligt. Det nya stödboendet var från början i första hand tänkt för unga personer 18 år och äldre men kan, om särskilda skäl finns, även omfatta barn och ungdomar i åldern 16–17 år. Socialnämnden ska ha ett övergripande ansvar, och en noggrann bedömning ska göras utifrån det enskilda barnets eller den unges behov. Regeringen har angett att de bedömer att en avsevärd andel även av barnen som är 16 och 17 år kommer att placeras i stödboende. I Socialstyrelsens delrapport (november 2016) angående stödboende lyfts farhågor om att kommuner av ekonomiska skäl kommer att placera ungdomar i stödboende fast det inte är lämpligt för dem. Det är mycket oroväckande om så skulle vara fallet.

I huvudsak bör en placering i ett stödboende endast bli aktuell där barnets eller den unges egen problematik inte ligger till grund för placeringen. Den nya reglerade formen för stödboende svarar också mot det faktiska behov som speglats av att flera kommuner redan använder boendeformer de benämner stödboende, men för vilka det inte tidigare har funnits någon reglering. Stödboenden som anordnas i samarbete med och knutet till folkhögskolor är en möjlighet som bör prövas då de redan har förutsättningar som kan passa behoven hos flertalet i den berörda gruppen.

I dag tar det alltför lång tid från det att den minderåriga anländer till att en god man förordnas och det förekommer även att gode män har ansvar för fler minderåriga än de klarar av. Orsaken till detta är huvudsakligen bristen på gode män. Kristdemokraterna vill att alla ensamkommande barn ska få en god man inom 24 timmar efter ankomst.

En snabbare hantering behövs för att tillgodose barns och ungas rättigheter, exempelvis att minska risken för att de försvinner. Därför föreslår Kristdemokraterna att rekryteringen av gode män underlättas genom att en nationell kampanj genomförs och att ett nationellt register upprättas. 15 miljoner kronor per år anslås 2018–2020 för dessa ändamål samt för att underlätta rekryteringen av familjehem.

13.3 Barn som inte längre kan bo hemma

Alla barn har rätt till en trygg uppväxt. För de flesta barn i vårt land utgör föräldrarna och familjen tryggheten i tillvaron. Alliansregeringen tog fram en nationell strategi för föräldrastöd med syftet att via föräldrar främja barns hälsa och positiva utveckling. Men

det finns också föräldrar som inte förmår att ta sitt föräldraansvar, eller som behöver mer omfattande stöd i sitt föräldraskap.

När omsorgen sviktar och familjens nätverk inte räcker till har kommunernas socialtjänst det yttersta ansvaret att se till att barn som far illa får en så trygg uppväxt som möjligt. När samhället tar på sig föräldraansvaret är staten skyldig att ge barnet särskilt skydd och stöd. Alla förändringar som rör barn måste genomsyras av ett barnrättsperspektiv i enlighet med barnkonventionen.

Kristdemokraterna genomförde under alliansregeringen flera omfattande reformer för att stärka stödet och skyddet för barn som far illa. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram ett program för trygg och säker vård i familjehem och HVB-hem. De har också fått uppdraget att ta fram grundläggande kriterier för bedömning av familjehem, samt en vägledning till kommunerna hur familjehem bäst utbildas och handleds. Kommunernas socialnämnder ska ingå ett avtal med varje familjehem om nämndens respektive familjehemmets ansvar under placeringen. Det skapar tydlighet och trygghet för familjehemmen.

Kristdemokraterna ligger även bakom den förra regeringens initiativ till att starta ”Barntjänsten på nätet” som ska vara en pedagogisk presentation av bestämmelserna i socialtjänstlagen, SOL, och lagen om vård av unga, LVU. Därigenom kan barn, föräldrar och organisationer enkelt få reda på hur lagstiftning och regelverk kring barn i utsatthet ser ut. Webbplatsen lanserades först på Barnombudsmannens plattform men är nu överförd till Socialstyrelsen och hittas under benämningen ”Koll på soc” (kollpasoc.se). Alliansregeringen, med Kristdemokraterna i spetsen, startade även brukarundersökningar för barn och unga i samhällsvård med resultat som kan nedbrytas på kommunnivå. Dessutom påbörjades ett arbete med att utveckla statistiken för den sociala barn- och ungdomsvården.

Alliansregeringen tog med dåvarande barnministern Maria Larsson som ansvarig minister beslutet att skärpa det förebyggande arbetet gällande barn som placeras utanför det egna hemmet samt att intensivifiera kontroll och uppföljning för att stärka kvaliteten.

Hösten 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården. Uppgifterna publiceras på Socialstyrelsens hemsida och där kan jämförelser göras mellan den egna kommunen och grannkommunen eller med andra i länet och landet som liknar den egna och få inspiration till förbättringsarbete. Resultaten från jämförelsen 2017 visar att barn som varit placerade, i många avseenden har sämre psykisk hälsa och förutsättningar inför vuxenlivet jämfört med jämnåriga. Endast 37 procent av unga vuxna som varit placerade hela åk 9 hade avslutat treårigt gymnasium vid 20 års ålder år 2015. Bland jämnåriga var motsvarande andel 79 procent. Att avsluta gymnasiet är viktigt för framtida försörjningsmöjligheter och för ett gott vuxenliv. Förskrivningen av psykofarmaka var också avsevärt högre hos de placerade ungdomarna (15–16 år): 6,2 procent hade en långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka, jämfört med 0,9 procent hos jämnåriga. De placerade ungdomarna hade även en mer begränsad tillgång till en kontinuerlig specialistvård. Dessa nedslående resultat i uppföljningen belyser vikten av att följa utvecklingen hos dessa barn och ungdomar för att på bästa sätt identifiera och implementera insatser som syftar till att stärka kvaliteten inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det är även viktigt att stödja forskningen inom detta område för att säkerställa att evidensbaserade metoder och insatser kommer alla placerade barn och ungdomar till rätt. Kristdemokraterna kommer fortsatt följa utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården noggrant.

I Sverige har vanvård av barn som omhändertagits enligt ovan uppmärksammats genom olika utredningar, vilket också i vissa fall lett fram till statlig ersättning enligt förordning 2012:666. Men övergrepp och vanvård mot barn som omhändertagits av sociala myndigheter förekommer fortfarande. Detta trots den tillsyn som kommunen ska utföra. Att utkräva ansvar från sociala myndigheter eller socialnämnd för att barn som omhändertagits utsätts för övergrepp är i praktiken mycket svårt idag. Det förekommer brister i utredningar som i slutändan drabbar det enskilda barnet utan att någon ställs till svars. Kristdemokraterna anser att det bör övervägas om ett barn eller en ungdom som omhändertagits av sociala myndigheter och drabbas av vanvård eller andra övergrepp i ökad utsträckning ska kunna få skadestånd av det offentliga.

13.4 Stärk socialsekreterarens kompetens och ansvar

Svensk socialtjänst och dess medarbetare utför ett viktigare och svårare arbete än de ibland får erkännande för. Att ytterligare stärka professionens ställning, kompetens och auktoritet i det arbetet är därför en viktig politisk uppgift. Genom stöd och handledning och möjligheter till specialist- och vidareutbildning stärks kompetensen hos personalen i den sociala barn- och ungdomsvården. Vi stödjer den satsning som nu görs i syfte att förbättra socialtjänstens arbete med barnärenden genom att öka bemanningen, kompetensen och kvaliteten.

Socialsekreterarens centrala roll i mycket svåra frågor handlar om att omhänderta och placera barn och unga hos någon annan än deras vårdnadshavare. Det handlar också om andra typer av vårdnads-/boende- och umgängesutredningar som sedan ligger till grund för avgöranden i domstol. Socialsekreterarna bedömer helt enkelt om en förälder ska ha rätt att ha kvar sitt barn eller inte. Det har funnits fall där dessa utredningar har varit bristfälliga. I vissa fall har det medfört att barn har farit illa genom att de inte har blivit omhändertagna, i andra fall har det medfört att barn har farit illa för att de har blivit omhändertagna eller vårdnads- eller boende frågan för ett barn har varit bristfällig.

Dagens system innebär att tjänstemän gör utredningar och förbereder förslag som sedan socialnämnden, bestående av förtroendevalda, beslutar om. Det formella ansvaret för beslutet som rör barn som far illa ligger således hos politiker. Den som känner till fallet minst har således det formella ansvaret för beslutet och den som känner till fallet mest saknar det formella ansvaret för beslutet. Detta är inte en optimal ordning.

Kristdemokraterna anser att frågan om att fullt ut formalisera den myndighetsutövning som socialsekreterare har gentemot enskilda bör prövas. Frågan om att socialsekreterare, istället för socialnämnden, ska fatta det formella beslutet i frågor om barn (omhändertaganden och avgöranden i vårdnads-/boende- och umgängesfrågor för vårdnadshavare) bör därmed ses över. I detta sammanhang bör därför även frågan om att införa legitimation för socialsekreterare med exempelvis lång erfarenhet och andra kvalifikationer utvärderas. Samtidigt bör vi vara varsamma med att utöka antalet yrken med legitimationskrav då det kan leda till en mer stelbent arbetsmarknad. Frågan handlar ytterst om att tydliggöra ansvar, befogenheter och kompetens.

13.5 Förbättrade förutsättningar för barn i samhällets vård

Alla barn har rätt till en trygg uppväxt. Men alla är inte så lyckligt lottade att de föds in i familjer som fungerar och ger trygga förhållanden. Familjehem, jourhem och kontaktfamiljer/kontaktpersoner har en oerhört viktig uppgift för barn och ungdomar som behöver omsorg och trygghet utanför den familj som de fötts in i.

Kristdemokraterna drev under regeringstiden igenom förbättringar på detta område. Det handlar om att familjehemmen ska ges den utbildning som behövs, att verka för att de barn och unga som placerats i ett familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (HVB) får hälso- och sjukvård och att en särskild socialsekreterare ska ansvara för kontakterna med barnet eller den unge.

Den särskilt utsedda socialsekreteraren ska besöka barnet regelbundet och i den omfattning som är lämplig utifrån barnets och den unges behov och önskemål. För att stärka kvaliteten i verksamheten har socialnämnden ett ansvar att se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden. Ytterligare reformer behövs för att säkerställa att familjehem och hem för vård och boende håller högsta möjliga kvalitet.

Även Statens institutionsstyrelse (Sis), har boenden för barn som är i samhällets vård. I dessa boenden finns såväl barn som är dömda för brottslighet som barn som av olika skäl inte bedömts kunna fungera i ett familjehem eller på ett HVB. De förhållanden som råder på boenden som drivs av Sis kan vara direkt olämpliga för många barn. Syftet med vistelsen är dessutom att det ska vara en temporär lösning vilket ofrånkomligen leder till ett uppbrott. Det är därför viktigt att bara de barn som behöver den typ av stöd och karaktär på boendet som dess platser innebär är de barn som placeras. Förutsättningarna för familjehem och HVB blir därmed viktiga för att undvika onödiga placeringar hos Sis.

De barn som är placerade på boenden som drivs av Sis har många gånger en komplex situation och de är i behov av omfattande stöd. Det förekommer att barnen blir våldsamma och har svårt att följa de krav och regler som gäller. För att kunna hantera de svåra situationer som då kan uppstå är det av största vikt att personaltätheten är god och att personalen har den specifika kompetens som behövs. Det är uppenbart utifrån den uppföljning som görs av Inspektionen för vård och omsorg, IVO, att så inte alltid är fallet. Det har dessutom uppdagats att det förekommer oegentligheter som inte noterats i myndighetens inspektioner. Bland annat har det under året rapporterats om avskiljningar som gjorts i stor omfattning och i strid med de rutiner och kriterier som ska uppnås för att överensstämma med lagen. Det är Kristdemokraternas uppfattning att avskiljningar enbart ska göras när det är nödvändigt för att skydda det enskilda barnet eller andra personer. Formen för avskiljningen ska vara så lite begränsande som möjligt och det ska aldrig accepteras att ett barn med tvång fräntas möjlighet till mänsklig kontakt. Total isolering är därmed helt oacceptabelt. Bara i yttersta nödfall ska ett barn med tvång kunna få tas bort ur den aktuella situationen och placeras i ett utrymme som syftar till att vara en säker plats för de inblandade. Denna plats ska dock vara utformad så att barnet till så stor del som möjligt kan känna trygghet, och möjligheten till mänsklig kontakt ska hela tiden kunna säkerställas även om det i en våldsam situation kan vara nödvändigt att det finns en fysisk barriär mellan barnet och personalen. Men lika viktigt som att kriterierna för sådana avskiljningar är mycket hårt ställda är det att åtgärder vidtas för att situationer som skulle kunna leda till en avskiljning istället förebyggs. För detta är rätt kompetens hos personalen helt avgörande.

I oktober 2016 beslutade generaldirektören för Sis att tillfälligt sänka kompetenskraven vid rekrytering av behandlingsassistenter. Motivet var svårigheten att rekrytera vilket bedömdes hota myndighetens möjlighet att fullfölja sitt uppdrag. Myndigheten har förvisso vidtagit några åtgärder i syfte att försöka förbättra sina rekryteringsmöjligheter men utan märkbar framgång. Av de rekryteringar som gjorts under perioden som utvärderats har enbart 34 procent mött de kompetenskrav som normalt finns för behandlingsassistenter hos myndigheten.

Regeringen sköt till ytterligare medel till myndigheten för innevarande år men har inte vidtagit några ytterligare åtgärder för att komma tillrätta med situationen. Det som skulle vara ett tillfälligt beslut gällande fram till 2017-06-30 har nu i oktober förlängts till 2018-09-30. Därefter ska det ske en ny bedömning av myndighetens rekryteringssituation. Detta innebär att vi i det närmaste har permanentat de nya lägre kompetenskraven. Detta riskerar kvaliteten i verksamheten på kort sikt. Än mer allvarligt är att de lägre kompetenskraven på personalen kan komma att leda till en negativ utvecklingsspiral. Regeringen bör därför snarast återkomma till riksdagen med en handlingsplan för att säkerställa hög kompetens hos behandlingsassistenter inom Sis verksamhet.

Kristdemokraterna anser att det är av största vikt att skapa goda villkor och förutsättningar för familje- och jourhem samt att säkra att kvaliteten är så god som den någonsin kan vara. Det finns ett flertal frågor som behöver utredas i detta sammanhang, inte minst vad gäller rätt till tjänstledighet och villkoren för ersättning från socialförsäkringarna. Dessutom behövs det rekryteras fler familjehem av god kvalitet.

För de barn och unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn för att vården ska kunna genomföras är en skyndsam placering på Sis i många fall det enda alternativet. Efterfrågan på fler platser har ökat och för Kristdemokraterna är det prioriterat att öka antalet platser.

Vi välkomnar regeringens förstärkning av anslaget till Sis, men i syfte att säkerställa kompetensen hos de anställda och öka kapaciteten föreslår vi att anslaget utökas med ytterligare 20 miljoner kronor under perioden 2018–2019 och 15 miljoner under 2020.

13.6 Undvik omplacering av barn

Sammanbrottsutredningen 2010 redovisar att 30 procent av familjehemsplacerade barn under 10 år omplaceras. Enligt socialtjänsten beror det på familjehemmen som säger upp uppdragen. Denna bild delas inte av familjehemsorganisationerna som istället menar att sammanbrotten då det gäller små barn beror på samarbetssvårigheter mellan vuxna. Inga barn ska behöva omplaceras på grund av att vuxna inte kan hålla sams.

Anknytning bör väga tyngre i ärenden som gäller placerade barn, särskilt i frågan om var ett barn ska bo. Domstolarna måste bli bättre på att beakta barnets perspektiv. En översyn bör göras kring familjehemmens uppdrag och hur sammanbrott som resulterar i omplacering av barn kan undvikas.

13.7 Överväg vårdnadsöverflyttning oftare

Det offentliga ansvar är särskilt stort för barn som har placerats utanför sin egen familj. Det är angeläget att stabilitet och långsiktighet kan säkerställas för placerade barn. Vårdnadsöverflyttning och möjligheten till adoption ska övervägas när placeringen

pågått en viss tid. Vid alla sociala insatser som berör barn ska barnet ha rätt att framföra sin åsikt och det ska vara en del av beslutsunderlaget.

13.7.1 Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras

I Sverige har vanvård av barn som omhändertagits enligt ovan uppmärksamats genom olika utredningar, vilket också i vissa fall lett fram till statlig ersättning enligt förordning 2012:666. Men övergrepp och vanvård mot barn som omhändertagits av sociala myndigheter förekommer fortfarande. Detta trots den tillsyn som kommunen ska utföra.

Att utkräva ansvar från sociala myndigheter eller socialnämnd för att barn som omhändertagits utsätts för övergrepp är i praktiken mycket svårt idag. Det förekommer brister i utredningar som i slutändan drabbar det enskilda barnet utan att någon ställs till svars. Kristdemokraterna anser att om ett barn eller en ungdom som omhändertagits av sociala myndigheter drabbas av vanvård eller andra övergrepp bör kommunen vara skadeståndsansvarig.

13.8 Barn som har utsatts för brott

Barn har rätt till en trygg och säker uppväxt. I de flesta fall är föräldrarna barnets bästa skydd. Tyvärr gäller det inte alla barn. Därför arbetar Kristdemokraterna för att stärka det rättsliga skyddet för barn.

13.8.1 Fler barnahus

Barn som utsatts för våld eller sexuella övergrepp av någon närstående är i ett oerhört underläge. Samhället måste bli bättre på att lyssna på signaler från barn som far illa och vara berett att agera. Samarbetet mellan rättsväsendet, sjukvården och socialtjänsten måste fungera så att inte det utsatta barnet hamnar mellan stolarna. Därför är barnahus något som ska finnas tillgängligt över hela landet. Barnahus är ett samarbete mellan myndigheter kring barn som utsatts för brott. Polis, socialtjänst, psykolog, åklagare och läkare är samlokaliserade. Barnet får vara i en barnvänlig miljö vid förhör eller undersökningar. Polisförhören brukar hållas av en särskilt utbildad person och åklagare, och socialtjänst med flera följer förhöret så att barnet inte behöver berätta sin historia fler gånger än nödvändigt.

13.8.2 Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas

Vi vill att en särskild företrädare införs för barn som utsatts för brott av en vårdnadshavare för att barnet ska kunna förhöras av polis och eventuellt läkarundersökas utan vårdnadshavarens vetskap. Detta för att undvika påverkan på barnet. Företrädaren kan exempelvis vara åklagaren i målet.

Barn som utsatts för brott med fängelse i straffskalan ska också få rätt till målsägandebiträde. Rättsprocessen ska göras så lindrig som möjligt. Därför måste även alla yrkesgrupper inom rättsväsendet som möter barn utbildas. Domare och åklagare som handhar mål som rör övergrepp på barn ska ha specialkompetens för det.

Även då barnet inte har varit det primära offret för brottet så kan det i allra högsta grad vara ett offer. Särskilt när det gäller våld i hemmet. Barn som bevittnat våld i hemmet måste därför synliggöras i rättsprocessen på ett bättre sätt. Uppgifter om

barnets namn, personnummer och var det befunnit sig under misshandeln redogörs inte alltid för idag, vilket gör det svårt att hjälpa barnet. Barnet betraktas därmed inte som en egen person med egna rättigheter i målet.

13.8.3 Förebygg övergrepp mot barn

Det förebyggande arbetet för att förhindra övergrepp mot barn behöver förstärkas. I genomsnitt är det tre barn i varje skolklass som är eller har blivit sexuellt utnyttjade. Inte sällan är det någon närstående som är utövaren. Möjligheten att tidigt upptäcka övergrepp mot barn beror i stor utsträckning på om barnet eller andra i barnets närhet vågar berätta. Ett led i att stärka barnens egen rätt till sin kropp är att förskolor arbetar medvetet med frågorna, att man på ett tydligt sätt som är anpassat för barnen informerar dem om gränser och hur viktigt det är att säga till när något är fel. Därför anslår vi 70 miljoner kronor per år 2018–2020 (under utgiftsområde 16) som förskolor kan ansöka om för att personalen ska få genomgå utbildning och införa arbetsätt som stärker barns integritet och motverkar sexuella övergrepp.

13.9 Barn i ekonomisk utsatthet

13.9.1 Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer

Kristdemokraterna vill fortsätta att prioritera de familjer som lever i ekonomisk utsatthet. Bostadsbidraget är det familjepolitiska stöd som bäst når barnhushåll med låg ekonomisk standard. Av de barnfamiljer som under 2013 fick bostadsbidrag var en övervägande del, 70 procent, ensamstående föräldrar. Bostadsbidraget är alltså av särskilt stor betydelse för ensamstående föräldrar som oftast är kvinnor. Dessa barnfamiljer lever under knappa ekonomiska omständigheter där pengar kan saknas till saker som julklappar, medicin, glasögon eller barnkalas.

För att stärka ekonomin för de barnfamiljer som har den sämsta ekonomin och därmed öka deras marginaler vill vi höja det särskilda bidraget för hemmavarande barn med 350 kronor per månad för ett barn, 425 kronor per månad för två barn och 600 kronor per månad för tre eller fler barn. Det gynnar de som bäst behöver det. Genom förbättringarna i bostadsbidraget får familjer med lägre inkomster ett stöd ända tills barnen blir 18 år. Kristdemokraterna höjer samtidigt inkomsttaket på samma sätt som regeringen. Höjningen kommer även föräldrar till del som har växelvis boende för sina barn i och med det nya särskilda bostadsbidraget för växelvis boende.

Kristdemokraterna avsätter 550 miljoner kronor för 2018, 1,3 miljarder kronor för 2019 samt 1,4 miljarder kronor för 2020 i utgiftsområde 12 för detta ändamål.

13.9.2 Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi

Cirka 7 procent av Sveriges barn bor i hushåll som får ekonomiskt bistånd. Statistiken visar även att barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer är underrepresenterade i organiserade fritidsverksamheter. Därför är det viktigt att de får samma förutsättningar att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Vi anser precis som Rädda Barnen, Barnombudsmannen och andra remissinstanser att regeringens förslag om att ta bort fritidspengen var helt fel väg att gå. Kristdemokraterna vill återinföra denna satsning för att stärka möjligheten för barn i dessa familjer att få en aktiv fritid under hela året. Vi

avsätter därför 200 miljoner kronor varje år 2018–2020 för att återinföra och utöka fritidspengen.

13.10 Familjerättsliga frågor

Det går inte att undvika separationer och skilsmässor mellan föräldrar. Det finns förhållanden som inte fungerar, där det bästa för alla inblandade parter är att föräldrarna går skilda vägar. Men föräldraskapet och ansvaret för barnen kvarstår även efter en separation. Och för barnet är det, i de allra flesta fall, det bästa att ha en relation till båda sina föräldrar även om de inte lever tillsammans. Och forskningen är entydig – vårdnadstvister och svåra konflikter är aldrig gynnsamma för barn. Sett ur barnets perspektiv finns det starka skäl för att förebygga eller dämpa konflikter mellan separerade eller särlevande föräldrar.

13.10.1 Vikten av samarbetsamtal vid separation

Vid separation eller skilsmässa är det viktigt att utifrån en helhetssyn på barnets situation ge föräldrarna hjälp och stöd att fatta beslut som sätter barnets bästa i främsta rummet. Tyvärr finns alltför många exempel på att föräldrarnas konflikter går ut över barnen. Enligt socialtjänstlagen är kommunerna skyldiga att erbjuda de föräldrar som så önskar möjlighet till samarbetsamtal. Syftet med samtalen är att underlätta samförståndslösningar så att föräldrarna kan lösa eventuella tvister utanför domstol samt att föräldrarna ska kunna enas i frågor om barnet och förbättra förmågan att samarbeta efter en separation.

Till skillnad från familjerådgivningssamtal ligger fokus i samarbetsamtalen inte på relationen i sig utan på parterna som föräldrar och på barnens situation. Samarbetsamtalen är frivilliga och avgiftsfria för föräldrarna.

Idag inbegriper dessa samtal, efter ett förtydligande från den tidigare alliansregeringen, mer ekonomiska frågor. Behovet av information, kunskap och stöd i dessa frågor är stort. Det är därför viktigt att de samarbetsamtal om vårdnad, boende och umgänge som oftast sker i familjerättens regi även behandlar ekonomiska frågor om barnet. Genom att erbjuda alla föräldrar ett samarbetsamtal vid separation är det vår övertygelse att fler föräldrar kan få hjälp att hitta konstruktiva lösningar och se till barnets bästa istället för att ta frågan till domstol. Vi är även positiva till att Försäkringskassan får ett utökat uppdrag att stödja föräldrar i frågor om underhållsstöd och underhållsbidrag.

13.10.2 Lagen om gemensam vårdnad

Barnets bästa ska alltid vara utgångspunkten när det handlar om hur vårdnaden ska delas upp mellan föräldrar efter en skilsmässa. Rättsförhållandet mellan barn och föräldrar regleras i föräldrabalken. De senaste decennierna har regelverket för när föräldrar separerar och föräldrarna inte kan komma överens om hur deras barn ska ha det genomgått betydande förändringar.

De senaste större ändringarna i vårdnadsreglerna beslutades av riksdagen våren 2006 och trädde i kraft den 1 juli 2006. Syftet med ändringarna var framför allt att förstärka barnperspektivet i lagstiftningen. De innebar bl.a. att betydelsen av barnets bästa kommer till klarare uttryck i lagen och att barnets bästa ska vara avgörande för alla beslut om vårdnad, boende och umgänge. Socialnämnden och domstolen ska vid

bedömningen av barnets bästa fästa särskild uppmärksamhet vid risken att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp eller att barnet olovligen förs bort, hålls kvar eller annars far illa. Ändringarna innebar även att det har införts en generell skyldighet för domstolen att, om det är lämpligt, verka för samförståndslösningar i indispositiva tvistemål. Det betyder att domstolen, i mål om vårdnad, boende och umgänge, ska verka för att föräldrarna når en samförståndslösning som är förenlig med barnets bästa. Domstolen ska också kunna ge en medlare i uppdrag att försöka få föräldrarna att nå en samförståndslösning till barnets bästa.

Att antalet vårdnadsfall har ökat sedan 2006 är oroväckande eftersom barnen alltid är de som drabbas hårdast. Antalet vårdnadstvister som avgörs i domstol har i själva verket mer än fördubblats de senaste tio åren. Därför tillsatte alliansregeringen en utredning som skulle utvärdera 2006 års vårdnadsreform (dir. 2014:84). Utredningen *Se barnet!* (SOU 2017:6) presenterades i februari 2017 och kommer fram till att 2006 års vårdnadsreform i många avseenden har fallit väl ut. Barnrättsperspektivet har stärkts. Det finns samtidigt förbättringsområden. Det behövs en satsning på arbetet med att förebygga föräldrars konflikter. Fokus i processen behöver flyttas från föräldrarnas konflikt till barnet och barnets rättigheter och behov.

Som ett steg i denna riktning vill Kristdemokraterna att barnens rättigheter i en vårdnadstvist stärks genom rätten till ett juridiskt ombud. Alla yrkesgrupper inom rättsväsendet som möter barn ska utbildas.

Kristdemokraterna avser att följa regeringens uppföljning av utredningen *Se barnet!* noggrant.

13.10.3 Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse

Kristdemokraterna anser att det är angeläget att båda föräldrarna är delaktiga i barnets förhållanden och tar ansvar för barnet. Gemensam vårdnad spelar en stor roll när det gäller att utöka möjligheterna för barn att skapa en relation till båda sina föräldrar och att i vid mening främja barnets bästa. I de allra flesta fall är gemensam vårdnad ur barnets synvinkel en mycket bra vårdnadsform. Detta gäller oavsett om föräldrarna är gifta eller ogifta och oavsett om de bor tillsammans eller isär. Enligt Socialstyrelsens statistik anmäler också en mycket hög andel av de ogifta föräldrarna att de vill ha gemensam vårdnad, även de som lever isär.

För gifta föräldrar finns det idag en faderskapspresumtion. För sammanboende föräldrar finns det ett praktiskt hinder för faderskapspresumtion eftersom det inte finns någon helt entydig och för alla synlig markering för att ett samboförhållande föreligger. Men för föräldrar som inte är gifta, men som har fastställt att båda är föräldrar till barnet, är det tämligen enkelt att ansöka om gemensam vårdnad genom registrering hos Skatteverket eller till socialnämnden i samband med faderskapsbekräftelsen.

Kristdemokraterna föreslår att bekräftelse av faderskapet ska kunna ske för ogifta som är överens om det, på samma sätt som i dag, men redan under graviditeten.

13.11 Barnkonventionen som svensk lag

Kristdemokraterna var ett av de allra första partierna att förespråka att barnkonventionen införlivas i svensk lag enligt norsk modell.

Barnrättsutredningen har haft i uppdrag att se över frågan om barnkonventionen och överlämnade sitt betänkande i början av 2016 och det har nu varit på remiss samt i

Lagrådet för granskning. Utredningen ger starkt stöd för att införa barnkonventionen som lag och har även föreslagit hur detta ska göras och en rad andra åtgärder som behövs för att stärka barns rättigheter. De synpunkter som inkommit under remissbehandlingen och Lagrådet ska arbetas in och regeringen har meddelat sin avsikt att överlämna en proposition så att beslut kan tas i riksdagen under denna mandatperiod. Kristdemokraterna välkomnar detta. Samtidigt räcker det inte med att barnkonventionens rättsliga ställning stärks. För att vi ska kunna efterleva barnkonventionen behövs ett perspektivskifte till barnens perspektiv och att detta genomsyrar allt offentligt arbete som rör barn direkt eller indirekt. Inte minst är det viktigt för att barns rättigheter inte ska fortsätta stå tillbaka när intressekonflikter mellan barns och vuxnas intressen oundvikligen uppstår.

14 Hemlöshet

Bland de ekonomiskt och socialt mest utsatta finns de hemlösa. Kristdemokraterna arbetade i regeringsställning 2006–2014 målmedvetet med att stärka kunskapen om och hjälpinsatserna till hemlösa och de som ligger i riskzonen för hemlöshet. Bland annat har den hemlöshetssamordnare som utsågs av alliansregeringen arbetat för att främja ett mer aktivt arbete och sprida fungerande metoder mot hemlöshet i kommunerna. En slutsats från arbetet är att alla kommuner i vilka det finns hemlöshet bör arbeta utifrån modellen ”Bostad först”. Metoden utgår från att se bostaden som ett grundläggande behov för alla, oavsett problem som personen ifråga brottas med. Utifrån detta erbjuds personen frivilliga och individuellt anpassade stödåtgärder. Kristdemokraterna vill fortsätta arbetet mot hemlöshet. Inte minst måste vräkningar av barnfamiljer förebyggas så långt det går.

15 Funktionshinderspolitik

Den kristdemokratiska politiken är förankrad i en människosyn som utgår från människans okränkbara värde och att alla människor är olika. Utifrån sina egna villkor ska alla ha rätt till full delaktighet i samhället.

Målet för funktionshinderspolitiken är att personer med funktionsnedsättning ska ha likvärdiga levnadsförhållanden med resten av befolkningen. Politiken ska fokusera på att förbättra tillgänglighet, utbildningsmöjligheter och förankring på arbetsmarknaden.

Kristdemokraterna vill ha ett samhälle som ser, bejakar och inkluderar alla människor. Därför måste även kunskapen om dolda funktionsnedsättningar öka.

LSS-reformen (lagen om stöd och service), som infördes 1993 av den dåvarande borgerliga regeringen, är en rättighetslag som ska värnas. Den 1 januari 2009 samlades diskrimineringslagstiftningen i en gemensam lag och funktionsnedsättning är en av sju straffbara diskrimineringsgrunder. Vi har länge krävt att bristande tillgänglighet ska inkluderas i lagen och den 1 januari 2015 infördes det.

Under alliansregeringens tid vid makten medverkade Kristdemokraterna till:

- införde en lag om mobilitetsstöd, som ett komplement till färdtjänst
- ökade anslaget för bilstöd

- utvidgade Omvårdnadslyftet till även personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning
- fördubblade beloppet för arbetshjälpmedel
- ökade anslagen till lönebidrag och Samhall
- förbättrade villkoren för det särskilda anställningsstödet
- förbättrade stödet till socialt företagande
- införde LOV (lagen om valfrihet) som ett alternativ till LOU (lagen om offentlig upphandling) som kan tillämpas på bl a omsorgs- och stödverksamhet för personer med funktionsnedsättning
- införde möjlighet att välja hjälpmedel, när det finns flera likvärdiga tillgängliga inom landstiget eller kommunen.

15.1 LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt personer med funktionsnedsättning.

Insatserna är tio till antalet och en av dessa är personlig assistans. LSS är den största frihets- och delaktighetsreformen för människor med funktionsnedsättningar som någonsin genomförts i vårt land, och kanske i världen. Reformen drevs igenom av en borgerlig regering och är något vi fortsatt måste värna och vårda. Det handlar om rättigheter och det är angeläget att hålla fast vid att hanteringen av lagarna ska vara rättssäker.

Ansvar för stöd till personer med funktionsnedsättning delas mellan staten och kommunerna. För grundläggande behov upp till 20 timmar per vecka bär kommunen hela ansvaret. Personer med större behov har rätt till statlig assistansersättning, som bedöms och administreras av Försäkringskassan.

Vänsterregeringen håller sakta men säkert på att smygavveckla LSS-reformen. I oktober 2015 var det 16 179 personer som hade beviljats statlig assistansersättning. Fram till dess hade antalet personer hela tiden ökat från det att reformen infördes, men från och med november 2015 minskar antalet. Enligt senast tillgängliga siffror som gäller för juli 2017 hade antalet sjunkit till 15 156 personer. Det är en minskning med mer än 1 000 personer på mindre än två år. Nedgången har varit något kraftigare under det andra kvartalet 2017. En genomgång av statistiken för de tre senaste tillgängliga månaderna, visar att antalet minskar med 2,5 personer om dagen.

En förklaring är att antalet personer som nybeviljas assistansersättning har minskat drastiskt. Enbart 16 procent av de som ansökte i januari 2017 fick sin ansökan beviljad. Under 2014 var beviljandegraden 43 procent. Främsta orsaken till den minskade nybeviljningen tycks vara en ny rättstillämpning. En striktare tillämpning som delvis har införts långt efter att den åberopade domen föll. Den striktare rättstillämpningen drabbar även personer som under lång tid har haft assistansersättning. Vid omprövning medför den skarpere bedömningen att fler får sitt beslut indraget eller neddraget. Även kommunernas beslut om insatser enligt LSS tycks ha påverkats av den nya rättstillämpningen.

Att personer med mycket omfattande stödbehov inte längre får det stöd enligt LSS som var avsikten när lagen infördes 1994 måste åtgärdas omgående. För Kristdemokraterna är det uppenbart att det krävs ändring i lagstiftningen för att stoppa den kraftiga inskränkning som successivt pågått under de senaste två åren. Vi föreslår därför att riksdagen tillkännager detta till regeringen.

Förutom de akuta förändringar som behövs för att återställa tillämpningen av lagen, anser Kristdemokraterna att utövande av föräldraskap och att arbeta bör ingå i definitionen av de grundläggande behoven. Alla med behov av stödinsatser inom LSS kommer inte kunna bli föräldrar eller kunna arbeta, men för en del skulle det kunna vara möjligt. Att utövande av föräldraskap inte räknas som grundläggande behov, riskerar medföra att någon måste avstå från att vara förälder eller avstå från att vara fullt delaktig som förälder. Det är inte acceptabelt. På samma sätt menar vi att det inte är rimligt att en person som har arbetsförmåga, kanske till och med redan har ett arbete, förhindras från att arbeta på grund av avsaknad av personlig assistans eller annan insats inom LSS, exempelvis ledsagning. Den nu pågående utredningen om LSS borde därför få i tilläggsdirektiv att utreda hur de grundläggande behoven kan kompletteras med utövande av föräldraskap och arbete.

Förutom att allt fler nekas ersättning eller får sin ersättning begränsad så har uppräkningsen av schablonen successivt urholkats under alltför lång tid. Även om det från början fanns underlag som gav stöd för att under en tillfällig period ha en lägre uppräkningsen av schablonersättningen är det svårt att se hur det kan fortgå utan att få allvarliga konsekvenser. Löneutvecklingen enligt de nyligen tecknade avtalen mellan parterna ligger på 2,2 procent. Regeringens uppräkningsen med enbart 1,5 procent innebär att ersättningen inte täcker assistenternas ökade lönekostnader.

Det är ytterst angeläget att arbetet med att ta fram en ändamålsenlig utformning av ersättningen skyndsamt fullföljs. Oron hos personer med personlig assistans och assistansanordnarna är stor. Den nuvarande beräkningsmodellen innehåller brister. Risker är att kostnaderna för personerna med de största omsorgsbehoven inte täcks. Att Försäkringskassan övergått till efterskottsbetalning och månadsvis avstämning är i sig inte något vi motsätter oss. Däremot måste det inom ramen för detta fungera med rutiner för redovisning och utbetalning av ersättningen och med balansering av kostnader mellan månader för att klara höga tillfälliga kostnader. Det riskerar annars leda till att seriösa och framförallt mindre aktörer slås ut. Inte minst verksamheter som drivs som brukarkooperativ och små företag riskerar att inte få kostnadstäckning. De kan i värsta fall tvingas lägga ner eller begränsa verksamheten. En utveckling mot färre utförare och minskad valfrihet är inte önskvärd. Ersättningen måste därför ta hänsyn till de fulla kostnaderna. Oavsett driftsform och vidden av behov hos brukarna.

Regeringen motiverar de striktare direktiven som infördes i november 2015 med att antalet timmar inom reformen hade ökat kraftigt. Det finns flera möjliga förklaringar till denna ökning. För det första medför intentionen med en rättighetslag som LSS en stor förändring av förutsättningarna jämfört med innan assistansreformen infördes. Före LSS-reformen var det ofta den kommunala budgetens utrymme snarare än behovet hos den assistansberättigade som styrde assistansens omfattning. Omfattningen av de insatser som utfördes av anhöriga före LSS, inte minst för barn med omfattande behov, underskattades i hög grad. Även befolkningsutvecklingen och utökningen av vilka som har rätt att ta del av personlig assistans har förändrats sedan införandet.

En kostnadsökning kopplat till ett ökat antal timmar inom LSS-reformen innebär inte per automatik att de totala samhällskostnaderna ökar. Detta eftersom assistansen kan ersätta andra insatser med tillhörande kostnader. Assistansen avlastar exempelvis anhöriga som i större omfattning kan förvärvsarbeta. Den anhöriges risk för sjukskrivning minskar också. Även den assistansberättigade själv kan i vissa fall förvärvsarbeta tack vare assistansen. Dessutom arbetar cirka 90 000 assistenter inom LSS-reformen. Socialstyrelsen konstaterade för åtta år sedan efter en gedigen

kartläggning av kostnadsutvecklingen att ”personlig assistans är en insats som i mycket hög grad bidrar till att personer med svåra funktionsnedsättningar kan vara aktiva och delaktiga i samhällslivet samt själva bestämma över sitt liv. Många stödbehov tillgodoses av personlig assistans och insatsen är på många sätt kostnadseffektiv jämfört med andra insatser. I vissa situationer kostar dock personlig assistans mer än andra insatser”. En kartläggning bör göras över de samlade samhällsekonomiska effekterna av insatserna inom LSS. Denna kartläggning bör titta på konsekvenserna för andra stödsystem för den enskilde och för dennes anhöriga vid beviljande eller avslag av insatser inom LSS samt hur det för den enskilde och dennes anhöriga påverkar arbetskraftsdeltagandet.

En insats som för den enskilde är så avgörande, men som samtidigt utgör en avsevärd kostnad för skattebetalarna, måste självklart noggrant följas upp och utvärderas regelbundet. De senaste årens ökning av brottslighet riktad mot olika välfärdssystem inklusive LSS, riskerar dessutom att medel som avsätts för personer med mycket omfattande stödbehov istället hamnar i skrupellösa människors fickor utan att något vårdbehov tillgodoses. Ett mycket aktivt arbete i samarbete mellan Försäkringskassan, Polismyndigheten och Skatteverket behövs för att förhindra och upptäcka denna typ av brottslighet.

Tyvärr har uppmärksamheten kring fusk och brottslighet inom personlig assistans också påverkat allmänhetens inställning. Ett minskat förtroende för att skattepengarna verkligen går till att täcka faktiska behov riskerar att helt undergräva stödet för reformen som helhet. Enskilda personer med personlig assistans och assistansanordnare som har ärliga uppsåt riskerar dessutom att bli eller uppleva sig utpekade som brottslingar. Eller som en onödig belastning. Den brottslighet som finns utgör trots allt bara en mycket liten del och är verkligen inte en av huvudförklaringarna till de ökade kostnaderna inom LSS-reformen fram till november 2015.

Även under Kristdemokraternas tid i regeringsställning fanns skäl att arbeta för att kostnaderna inte skulle öka okontrollerat och att ökningarna motsvarade ett ökat behov som tillgodosågs. Vi fick då en del kritik för vissa av de åtgärder vi vidtog. Inte minst från den dåvarande oppositionen. Vad som skett sedan regeringsskiftet är dock i allra högsta grad både anmärkningsvärt och mycket oroväckande.

Finansminister Magdalena Andersson har genom upprepade uttalanden ställt kostnaderna för personlig assistans mot kostnader kopplade till människor som flyr för sina liv. Ansvarig minister Åsa Regnér, men även statsminister Stefan Löfven, har flertalet gånger upprepat att kostnader inom assistansersättningen är otillbörliga med hänvisning till fusk, reklam och sponsring. Regeringen har dessutom genom förändringar av direktiven till Försäkringskassan påbörjat ett arbete för att kraftigt begränsa förutsättningarna för personlig assistans. Både signalvärdet i det som sägs från regeringen och de konkreta åtgärder de vidtar innebär kraftiga förändringar. Effekten för både personer med personlig assistans och de aktörer som utför assistansen är påtaglig.

I budgeten för 2017 gjorde regeringen en kraftig åtstramning inom LSS genom att göra en ännu lägre uppräkningsgrad av schablonersättningen än vad de hade utfäst året före. De direktiv som regeringen fastställt för den nu pågående assistansutredningen är dessutom i övervägande grad i riktning mot sänkta kostnader. Regeringens agerande har sammantaget skapat en mycket stor oro hos alla de som berörs. Regeringen har dessutom förändrat förutsättningarna utan att det prövas av riksdagen.

För att upprätthålla allmänhetens stöd för LSS även i tider då kostnaderna fortsätter att öka, krävs en öppen och ärlig debatt om hur reformen ska utvecklas. Det kan inte

vara acceptabelt att lagliga rättigheter begränsas utan att det finns förankrade beslut i riksdagen om att så ska ske. Men precis detta är vad som pågår just nu.

För att säkerställa att de personer som har behov av personlig assistans ska få behovet tillgodosett, föreslår Kristdemokraterna en höjning av schablonen för timersättningen med 2,2 procent och därutöver en förstärkning med ytterligare 300 miljoner kronor 2018, 400 miljoner kronor 2019 och 450 miljoner kronor 2020. Vi avsätter därmed sammantaget mer än tre miljarder mer än regeringen på tre år till ändamålet.

15.2 Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar till barn med funktionsnedsättning

Riksrevisionen konstaterade i en granskning från 2011 att det fanns samordningsproblem avseende stöden till barn och unga med funktionsnedsättning. Den dåvarande barn- och äldreministern, Maria Larsson, gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att analysera stödet och ge förslag på försöksverksamhet med samordnare. Socialstyrelsen konstaterade också att det fanns en osäkerhet bland landstingen om vad insatsen rådgivning och stöd ska innehålla. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram en struktur för återrapportering av insatsen.

Eftersom Socialstyrelsens rapport visade att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har behov av samlad information om regelverk och ansvarsområden för olika verksamheter ansågs 1177.se som en lämplig informationskanal. Under 2014 presenterades även rapporten ”För Barnets Bästa – Förstärkt samordning av stöd till barn och unga inom LSS området”. Kristdemokraterna anser att många initiativ har tagits för att dels förbättra samordningen kring barn och unga med funktionsnedsättning, dels öka kunskapen för föräldrar kring vilka regelverk och verksamheter som finns. Eftersom frågan är väldigt viktig avser vi dock att följa utvecklingen noga.

15.3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Sedan den 1 januari 2017 tillämpas ett reformerat bilstöd. Syftet med förändringarna har varit att bilstödet i högre grad ska gå till dem som har bristande ekonomiska förutsättningar vid inköp av bil och till dem som får extra kostnader för detta inköp och att göra bilstödet mer effektivt. Tidigare regelverk var utformat så att det, ur ett ekonomiskt perspektiv, var mer fördelaktigt för den försäkrade att få sin bil anpassad i efterhand i stället för att redan vid anskaffandet köpa en delvis anpassad bil även när en sådan lämplig lösning fanns att tillgå. Följden var en onödig belastning av systemet för bilstöd. Regeringen valde att förena de nödvändiga förändringarna av bilstödet med en besparing. Detta är djupt olyckligt men tyvärr helt i linje med att regeringen på flera områden inom funktionshinderspolitiken väljer att rikta neddragningar mot de människor som har de största behoven.

Vår bedömning i samband med regeringens reformering av bilstödet var att den halvering av grundbidraget som infördes skulle komma att få stora konsekvenser. Något som i så fall drabbar de med störst behov av stöd. Det reformerade bilstödet har nu tillämpats i nio månader och signalerna från aktörer med kännedom om tillämpningen är att den nya tillämpningen har stora negativa konsekvenser för enskilda. Dels upplevs

handläggningstiderna kraftigt ha förlängts och omfattningen av varje utredning uppges vara större för såväl myndigheterna som den sökande samt för de som ska utföra bilanpassningen. Dels påpekas att det förefaller som att de sökande i hög grad nekas anpassning av vad de anser vara lämplig fordonstyp och hänvisas till att köpa mycket stora och dyra fordon. Dessa signaler är oroväckande och regeringen bör därför snarast kartlägga effekterna av det reformerade bilstödet med avseende på målet att fler med bristande ekonomiska resurser ska ges möjlighet att ta del av stödet och därmed få ökad möjlighet till delaktighet i samhället.

16 Samverkan för goda resultat

16.1 Fond för idéburen vård och omsorg

Ibland ges intrycket att all offentligt finansierad välfärdsverksamhet som inte drivs av det offentliga drivs av stora internationella koncerner ägda av riskkapitalbolag. Så är inte fallet. På exempelvis skolområdet visade rapporten ”Mångfald eller enfald” från Timbro och Sektor 3 för ett par år sedan att det ingalunda är så att dessa skolkoncerner står för all friskoleverksamhet i Sverige, utan 30 procent av eleverna i fristående skolor fanns vid denna kartläggning exempelvis i skolor som drivs av organisationer i det civila samhället – ideella organisationer, kooperativ, stiftelser osv. Men när fokus hamnar på vinstutdelning hamnar dessa aktörer – som står för mångfald och goda värden – lätt i skymundan då deras vinster återinvesteras i verksamheten.

Samtidigt har andelen skolor utan vinstsyfte minskat avsevärt de senaste åren. Medan en av friskolereformens bärande intentioner var att säkra en pedagogisk och idémässig mångfald av aktörer – också fler idéburna aktörer – så ser vi att utvecklingen går mot större koncerner med färre ägare.

Vi ser en liknande utveckling på vård- och omsorgsområdet. Huvuddelen av de nya vård- och omsorgsaktörer som tillkommer är privata företag. Bristerna i vård, skola och omsorg finns inom såväl offentligt driven som privat driven offentligfinansierad välfärdsverksamhet, men vinstutdelning i kombination med stora kvalitetsbrister skapar trovärdighetsproblem och ska inte förekomma.

Vinst är inte fel – tvärtom är vinst i grunden ett tecken på effektivitet, om det samtidigt innebär att högt uppställda kvalitetsmål klaras samtidigt som investerare får en återbäring på insatt kapital.

Samtidigt finns aktörer med stort förtroende hos medborgarna som skulle kunna driva viktiga välfärdsverksamheter utan vinstsyfte och med stora mervärden i form av en tydlig idémässig grund och tradition kring sin verksamhet. Dessa aktörers möjligheter att bedriva offentligt finansierad välfärdsverksamhet tycks dock minska och potentialen tas inte fullt ut tillvara. Det är en utveckling som måste brytas.

Det som kallas idéburet företagande bedrivs ofta i ideell förening, ekonomisk förening, kooperativa företag eller stiftelseform. Det kan vara ett äldreboende, en skola en lanthandel eller något annat som människor gått samman om. Famna är paraplyorganisation för idéburna företag inom vård och omsorg, där till exempel Bräcke Diakoni är medlem. Skoopi är branschorganisationen för arbetsintegrerande sociala företag.

Ofta saknas kapital utifrån som kan användas för investeringar i fastigheter, inventarier eller infrastruktur. Oavsett om det är en församling, en lokal förening eller en regional gren av en större organisation skulle de vara förtjänta av att få stöd att driva och utveckla sin verksamhet.

Det offentliga måste tydligare inse det mervärde av mångfald och kvalitet som en verksamhet på en tydlig idémässig grund kan bidra med. Och denna insikt måste leda till en konkret förbättring av civilsamhällets organisationers möjligheter att bedriva välfärdsverksamhet.

Många ideella utförare ställer högre krav på sig själva än vad de privata och offentliga gör. De har inte sällan särskild kompetens i svåra etiska frågor som vården och omsorgen brottas med. Vissa ideella utförare har särskild kunskap om och riktar sig särskilt till en viss utsatt samhällsgrupp, kanske på grundval av etnicitet eller religion, grupper som forskning visar inte annars får en lika god tillgång till välfärdstjänster.

Ideella aktörer kan ha en organisatorisk effektivitet och smidighet som liknar de vanliga företagens, samtidigt som de ofta har en tradition av mer öppenhet genom tydliga värdebaserade mål för sin verksamhet. Värt att notera är att Sverige skiljer ut sig avsevärt gentemot övriga västvärlden när det gäller inslagen av icke-vinstdrivande aktörer inom vård och omsorg. Betydligt lägre andel i vårt land drivs av icke-vinstdrivande ideella aktörer än i snart sagt varje jämförbart land.

Vad som framkommer när rapporter och utlåtanden studeras från såväl ideella aktörer i Sverige som Sveriges Kommuner och Landsting är att det finns strukturella hinder och ren misstänksamhet mot verksamheten. Att drivkrafterna är idéer snarare än vinst till aktieägarna är svårt att hantera för finansärer vilket innebär att dessa aktörer kan ha svårt att få tillgång till kapital. Traditionella finansiella institutioner har helt enkelt svårt att förstå sig på att dessa verksamheter kan drivas mycket effektivt.

Kristdemokraterna verkade i alliansregeringen för en lång rad åtgärder som alla syftade till att lyfta fram och stärka den ideella sektorn. Som exempel kan nämnas överenskommelsen 2008 mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting.

I Ägarprövningsutredningens direktiv fanns också ett uppdrag till utredaren att undersöka hur kapitaltillgången för mindre företag och idéburen icke-vinstdrivande välfärdsverksamhet kan förbättras. Det var ett uppdrag som den nya vänsterregeringen olyckligtvis tog bort via ett tilläggsdirektiv.

Möjligheter att få kapital oavsett associationsform är en viktig åtgärd för att skapa mångfald i näringslivet. Kristdemokraterna anser att det är väsentligt för utvecklingen inte minst inom vård och omsorg i hela landet att även kooperativ eller stiftelser kan få hjälp att investera i fastigheter, inventarier med mera, som vilket bolag som helst. Kristdemokraterna anser att kreditgarantiföreningar och mikrofonder bör främjas så att en större mångfald av associationsformer och en hållbar utveckling uppnås av företag och verksamheter som väljer annat än aktiebolag och enskild firma.

Den ideella sektorns och sociala företags tillgång till kapital för både etablering och utveckling behöver förstärkas. Europeiska ekonomiska och sociala kommittén har konstaterat att det i dag ofta saknas finansiella instrument som är speciellt utformade för socialt företagande. Socialt företagande behöver på grund av sina specifika egenskaper och varierade juridiska former ibland finna andra typer av finansieringsinstrument än andra företag.

Vi vill därför skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster. Vi avsätter 150

miljoner kronor för detta ändamål för 2018. En sådan fond skulle kunna motverka bristen på tillgång till kapital för dessa aktörer. Förutom en statlig avsättning till en sådan fond så skulle privata aktörer såsom banker kunna medverka i ett sådant initiativ. Detta skulle ge bankerna en möjlighet att bidra positivt till samhällsutvecklingen samtidigt som erfarenheterna sannolikt skulle kunna bidra till att bankerna i sin ordinarie verksamhet fick större förståelse för den ideella aktörens speciella villkor.

Exakta former och regelverk för detta bör skyndsamt utredas. Ett initiativ som bör studeras är Big Society Capital Group i Storbritannien – en finansiell institution med syfte att främja investeringar i den sociala sektorn. Den kapitaliseras inledningsvis med tillskott från såväl staten som andra investerare.

Det är viktigt att påpeka att de sociala företag och verksamheter vi här talar om i grunden ska vara välskötta – om än inte med vinst som huvudsyfte. Kapital från fonden syftar alltså inte till att utgöra subventioner, utan till att åtgärda det marknadsmislyckande som finns där verksamhet inte får tillgång till kapital trots att förutsättningar finns för att kunna återbetala på marknadsmässig grund.

Det offentliga bör bidra till att överbrygga den informations- och kunskapsbrist som i dag finns inom delar av finanssektorn för att öka förståelsen mellan finanssektorn och den ideella sektorn för att på detta sätt främja nya eller kompletterande finansieringslösningar för de många kreativa idéburna aktörer som finns runt om i landet. Förutom initiativet med en fond så handlar det om att sprida goda exempel på nytänkande som växer fram i Sverige och andra europeiska länder.

16.2 Sociala utfallskontrakt

Kommuner och landsting brottas i dag med ett växande utanförskap, integrationsutmaningar och ett alltmer utmanande tryck på välfärden. Samtidigt finns det externa aktörer som vill vara med och bidra med kapital till sociala investeringar och effektiva lösningar på samhällsproblem. En variant av detta är sociala utfallskontrakt, en lösning som prövats framgångsrikt i främst Storbritannien och USA⁷. I sociala utfallskontrakt investerar en extern finansiär pengar i ett offentligt socialt projekt för att uppnå definierade mål som motsvarar mänskliga och ekonomiska vinster för den offentliga parten. Denna modell för att genomföra sociala investeringar är utvecklad utifrån internationellt testade modeller för utfallsbaserad finansiering.

Ett socialt utfallskontrakt börjar med att en offentlig part (kommun och landsting) identifierar ett problem i samhället som de vill lösa genom att investera i det identifierade området. Förhoppningen är att detta ska leda till framtida kostnadsbesparingar för den offentliga parten. Steg två är att hitta extern finansiering för projektet, vilket görs genom att locka kapital från privata aktörer. Således står inte skattebetalarna för investeringen. Steg tre är sedan att formulera målen och vilka utfall som förväntas för att projektet ska anses som lyckat. Utifrån forskning och beprövad metodik tas ett åtgärdsprogram fram för att möta det identifierade problemet.

I det sista steget sker en utvärdering för att klargöra om projektet skapat sociala förbättringar och, i så fall, ekonomiska besparingar för den offentliga parten. Om utvärderingen kan påvisa att kostnader inom området minskat, återbetalas delar eller hela beloppet till finansiären. Uppstår långsiktiga vinster kommer också finansiären att få avkastning i likhet med de besparingar projektet inbringat till den offentliga parten.

⁷ Nilsson, Wadeskog, Hök, Sanandaji N: Utanförskapets pris. Studentlitteratur.

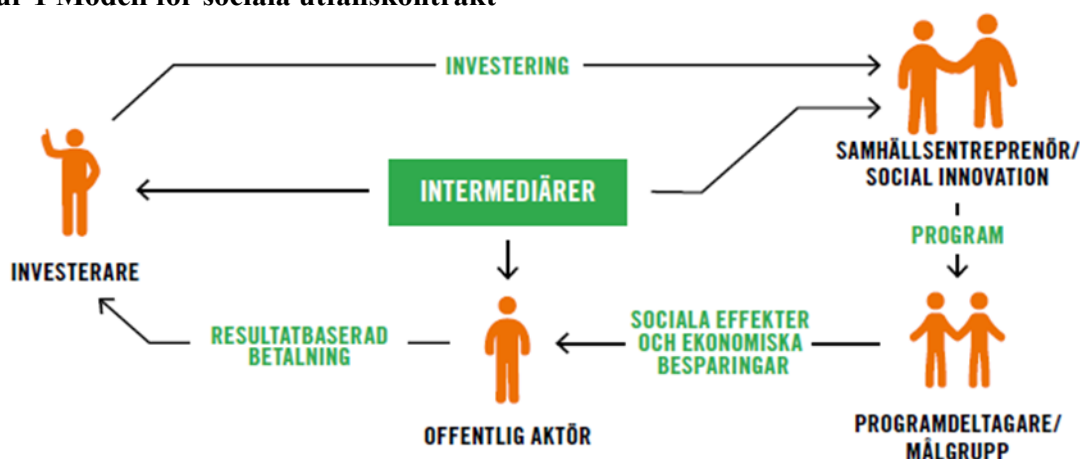
Tidigare utfallskontrakt har exempelvis syftat till att minska risken för att barn och ungdomar ska hamna hos socialtjänsten eller i fängelse. Även folkhälsoförbättrande projekt för att minska problem med astma har genomförts.

Forskningen pekar på vikten av preventiva insatser i tidiga skeenden, eftersom det finns tydliga orsakssamband mellan problem i tidig ålder och problem senare i livet. Varje år i utanförskap kostar stora summor för de, ofta många, myndigheter som är involverade i varje människa i utanförskap. Behovet och de positiva offentligfinansiella effekterna är därför potentiellt enorma om utfallskontrakten används i tid⁸.

Många kommuner använder sig i dag av sociala investeringsfonder för att använda riktade pengar till projekt av socialt förbättrande karaktär. Lågt räknat har var femte kommun, två landsting och två regioner hittills infört sociala investeringsfonder som främst är avsedda för projekt inom skola, socialtjänst och arbetsmarknad – några kommuner fokuserar även på folkhälsa och kultur/fritid⁹.

Inom ramen för denna vilja kan en lösning med sociala utfallskontrakt både komplettera och förbättra kommunens finansiering av dessa projekt. Men framväxten av sociala utfallskontrakt har varit svag. I Sverige är det hittills endast Norrköpings kommun som lanserat ett socialt utfallskontrakt med en extern finansiär¹⁰.

Figur 1 Modell för sociala utfallskontrakt



Källa: UK Cabinet office, via Mötesplats Social Innovation.

Exempel Norrköping: Kommunen (offentlig aktör) vill minska risken för återplacering av HVB- och Sis-placerade barn och därtill förbättra deras skolprestation. Kommunen har i genomgripande analyser identifierat stor potential till förbättring hos målgruppen. De insatser som man tänker genomföra baseras på forskning och kunskap om målgruppen. Utifrån det har kommunen tagit fram ett åtgärdspaket och parametrar satts upp för utvärdering. Insatserna är bl.a. förstärkt arbete för god skolgång under och efter placering samt individuellt anpassat skolstöd. Den sociala investeringsfonden Leksell Social Ventures (investerare) är den externa finansiären som investerade 10 miljoner kronor i projektet. I vissa fall kan även en sammanlänkande part (intermediär) vara delaktig, genom paketering av finansiering eller som kunskapsbank och rådgivare. Om finansiären genomför insatsen enligt kontraktet betalar Norrköping tillbaka 40 procent

⁸ Heckman och Carneiro: Human Capital Policy, 2003.

⁹ Lars Hultkrantz: Sociala investeringsfonder i Sverige – fakta och lärdomar. SNS förlag.

¹⁰ Norrköpings kommun, Leksell Social Ventures, SKL Uppdrag Psykisk Hälsa och Health Navigator: [Http://www.norrkoping.se/organisation/ekonomi/social-investeringsfond/Sveriges_forsta_utfallskontrakt.pdf](http://www.norrkoping.se/organisation/ekonomi/social-investeringsfond/Sveriges_forsta_utfallskontrakt.pdf).

av det investerade kapitalet. Minskar socialtjänstens kostnader för målgruppen återbetalas en summa motsvarande exakt de minskade socialtjänstkostnaderna. Sker en större kostnadsminskning än de investerade 10 miljonerna under utvärderingsperioden, får Leksell Social Ventures upp till 20 procent i avkastning som är satt som tak. Misslyckas projektet förlorar finansören 60 procent av de investerade pengarna. Detta projekt förväntas vara klart 2020¹¹.

Utmaningarna och orsaken till den dåliga framväxten av sociala utfallskontrakt ligger dels i bristen på kunskap om användningen av sociala investeringsfonder hos de offentliga aktörerna. Av en undersökning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) framgår att många kommuner efterfrågar stöd och vägledning för utformningen av denna typ av projekt. Det kommuner och landsting främst efterfrågar är kunskap kring metodik för uppföljning och utvärdering, samt metodik för vinst-förlust-kalkyler och sammanställningar av evidensbaserade program.

Problemet ligger också i att relationen mellan risk och avkastning för den externa finansören ofta är blygsam i den här typen av sociala investeringar. Exempelvis beräknas avkastningen i exemplet med Norrköpings kommun bli mellan 5 och 8 procent för den externa finansören, förutsatt att effekterna blir likt beräknat. Samtidigt är förlusten ofta mellan -60 och -100 procent.

För att öka förekomsten av sociala utfallskontrakt behövs därför satsningar för att lösa både kunskapsbrist och den bristfälliga viljan att investera. Kristdemokraterna anser därför att det borde inrättas en nationell strategi för att möta behoven och underlätta framväxten av sociala utfallskontrakt, samt införas en nationell fond för att höja attraktionen att investera.

Kristdemokraterna föreslår att:

1. Inrätta en facilitatorsfunktion för sociala utfallskontrakt hos Ekonomistyrningsverket (ESV)
 - Funktionen ska tillgodose allmänna riktlinjer, beräknade kostnader för olika sociala problem och insatser, i syfte att underlätta beräkningar av kostnader för offentliga parter.
 - Organisera metodstöd för offentliga aktörer: exempelvis utvärderingar och effektmätningar av sociala utfallskontrakt.
 - Agera katalysator mellan den offentliga parten och finansörerna i syfte att tillhandahålla kunskap och kompetens ur ett investerarperspektiv.
 - Funktionen får anslag på 27 miljoner kronor per år, uppdelat på 10 miljoner för administration och 17 miljoner för samordningskansliet under utgiftsområde 16.
2. Upprätta en nationell fond för investeringsgarantier
 - I syfte att sänka trösklarna för en investering i sociala utfallskontrakt upprättas en nationell fond som täcker finansörens investeringsrisk med 50 procent, vilket innebär att staten garanterar en återbetalning om halva investeringssumman till den externa finansören vid färdigställt socialt utfallskontrakt.
 - Fonden ska uppgå till 300 miljoner kronor, för att garantera 50 procents återbetalning i sociala utfallskontrakt. Medel för detta avsätts i utgiftsområde 16.
 - Den offentliga parten står som sökare av fondens medel och betalar sedan ut pengarna till finansören.

¹¹ Ibid.

- Vi vill också pröva möjligheten att statligt riskkapital i viss omfattning ska kunna göra sociala investeringar, exempelvis via fond-i-fond-lösningar.

17 Generell tillståndsplikt

Inom såväl privat som offentlig välfärd finns det verksamheter som håller för låg kvalitet. Att komma till rätta med dessa kvalitetsbrister är en central uppgift. Kristdemokraterna ser det som helt nödvändigt med höga och tydliga kvalitetskrav på samtliga aktörer inom välfärden.

Från och med den 15 april 2017 finns inget undantag från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra. Den förändringen var välkommen. Men krav ska ställas även på offentlig utförare, inte bara på verksamhet driven i privat eller i annan regi.

För att säkra långsiktighet och kvalitet oavsett utövare, bör det råda en generell tillståndsplikt för att få bedriva hälso- och sjukvård, omsorg och verksamhet inom socialtjänst och LSS. Detta är i enlighet med ett tidigare tillkännagivande i finansutskottet (bet. 2015/16:FiU26) och i socialutskottet (bet. 2016/17:SoU11). De verksamheter – oavsett utförare – som allvarligt bortser från kvaliteten i sin verksamhet och som underlåter att komma till rätta med bristerna ska kunna riskera att bli av med sitt tillstånd. Generell tillståndsplikt med fungerande tillståndsgivning av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är avgörande för konkurrensneutralitet. Alla aktörer måste i möjligaste mån ges lika förutsättningar för att valfrihetssystemet ska fungera. Kraven på verksamheten bör så långt som det är möjligt vara likvärdiga för fristående och offentliga aktörer.

Den verksamhet inom socialtjänsten som kommunen avtalar att överlämna i annan regi omfattas av tillståndsplikt enligt den nya lagstiftningen. Det innebär att bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller en enskild individ som har slutit avtal med kommunen behöver tillstånd från IVO för att bedriva verksamhet. Lagändringen innebär därmed att det krävs tillstånd för privata utförare som driver verksamheter på entreprenad. Det omfattar även ett större antal äldreboenden. Paradoxen är att det inte krävs tillstånd från IVO att driva helt likvärdig verksamhet inom kommunal regi.

Om en verksamhet som drivs inom privat regi inte får tillstånd av IVO, tvingas kommunen att överta verksamheten. Den tillämpning av lagen som nu görs där tillståndsplikten endast gäller privata aktörer, medför därför i praktiken att kommunen kan fortsätta driva verksamheten i precis samma lokaler och under precis samma förutsättningar som IVO har bedömt inte uppfyller kraven för att få ett tillstånd.

Konsekvensen av detta, för såväl omsorgstagare som medarbetare, är att kommunalt driven verksamhet riskerar uppfylla sämre villkor än de krav som tillsynsmyndigheterna ställer på motsvarande utförare inom privat driven verksamhet.

Trots tillkännagivande från riksdagen har regeringen inte vidtagit några åtgärder för att återkomma till riksdagen med förslag om generell tillståndsplikt, dvs utöka tillståndsplikten även till offentliga utövare. I budgetpropositionen avfärdar regeringen tillkännagivandet med motiveringen att de bedömer att en tillståndsplikt inte behövs för kommunalt driven verksamhet. Regeringen trotsar med detta riksdagens beslut.

Riksdagen bör återigen ge regeringen tillkänna att den bör återkomma med förslag som

innebär att samma tillståndsplikt som gäller för enskilda för att yrkesmässigt bedriva verksamhet inom välfärden, även ska gälla för verksamhet driven i offentlig regi.

Syftet med tillståndsplikten är att uppnå en hög kvalitet, inte att påverka förutsättningarna att driva verksamheter på lika villkor. I de fall verksamheter återgår till kommunal regi till följd av att tillståndsplikt inte omfattar de kommunala verksamheterna så bör IVO ges i särskilt uppdrag att granska dessa verksamheter särskilt efter övergången. Detta för att säkerställa att kommunerna i samband med återgången inte erbjuder boende och medarbetare en verksamhet som inte uppfyller IVO:s krav.

Ett hinder för en privat aktör att starta egen omsorgsverksamhet eller ta över en kommunal omsorgsverksamhet är de idag långa handläggningstiderna för att få tillstånd av IVO. En översyn bör snarast göras för att överväga möjligheten att införa ett förenklat tillståndsförfarande för aktörer som redan bedriver annan verksamhet som beviljats tillstånd av IVO.

18 Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar

Socialstyrelsens anslag minskas med 10 miljoner per år för 2018–2019 och 5 miljoner för 2020 och dessa medel förs till anslag 4:6 under Statens institutionsstyrelse för att öka kompetensen och stärka kapaciteten inom myndighetens verksamhet.

Kristdemokraterna bedömer att det finns utrymme för en justering av anslagen till de myndigheter som tillämpar pris- och löneomräkning (PLO) för att på så sätt effektivisera och samtidigt finansiera prioriterade satsningar. Justeringen är beräknad som en 30-procentig minskning av PLO-uppräknningen under 2018–2020. Samtliga myndigheters anslag under utgiftsområdet justeras därför ned.

Emma Henriksson (KD)

Andreas Carlson (KD)

Mikael Oscarsson (KD)

Caroline Szyber (KD)

Jakob Forssmed (KD)

Annika Eclund (KD)