

## Motion till riksdagen 2012/13:So557

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

# Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

Förslag till riksdagsbeslut .....	3
Motivering.....	7
Hälso- och sjukvård .....	7
Hälso- och sjukvårdspolitikens inriktning.....	8
En sammanhållen och gemensam hälso- och sjukvård för alla .....	8
Patientkontrakt för trygghet och tillgänglighet.....	9
Nationell kvalitetscertifiering av hälso- och sjukvården .....	10
Nationella riktlinjer .....	11
Patientsäkerhet i vården .....	12
Nationella kvalitetsregister.....	13
Tid för vård .....	14
Personalen i hälso- och sjukvården .....	14
En modern it-strategi för hälso- och sjukvården .....	15
Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård .....	16
Fri etablering i specialistsjukvården.....	18
Jämställd hälso- och sjukvård .....	19
Myndighetsstrukturen .....	19
Driftsformer i hälso- och sjukvården.....	21
Organdonation.....	22
Hbt-personers hälsa.....	22
Hiv/aids .....	23
Läkemedel.....	24
Apoteksmarknaden.....	25
Antibiotikaresistens.....	27
Narkolepsi.....	28
Rett Center .....	29
Psykiatri .....	30
Tandvård .....	33
Folkhälsa.....	34

**Fel! Okänt namn på**

Tobak.....	38
Alkohol och narkotika .....	41
Missbruksvården .....	46
Den sociala barn- och ungdomsvården.....	47
Ungdomsmottagningar .....	51
Funktionshinderspolitik.....	52
Äldres vård och omsorg.....	56
Insemination för ensamstående .....	63
Könstillhörighetslagen.....	63
Ekonomiskt bistånd (socialbidrag) .....	64
Överskuldssatthet.....	65
Barnfattigdom.....	66
Spelberoende .....	68
Hemlöshet.....	70

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen anvisar med följande ändringar i förhållande till regeringens förslag anslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt uppställning i tabell 1.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientkontrakt.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell kvalitetscertifiering.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella riktlinjer.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att vården ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet också när det gäller att fördela vårdresurser.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientsäkerhet.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om handlingsprogrammet Tid för vård.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om meddelarskydd.<sup>1</sup>
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en it-strategi för hälso- och sjukvården.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningssystemen i vården.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nej till en lag om fri etablering i specialistsjukvården.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell genomförandeplan för en jämställd hälso- och sjukvård.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om myndighetsstrukturen.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett investeringsskydd för skattefinansierad verksamhet.<sup>2</sup>
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet med förtur (gräddfiler) för privatbetalande patienter i den offentligt finansierade vården.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om organdonation.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för hbt-personers hälsa.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hbt-certifiering för landets samtliga ungdomsmottagningar.

**Fel! Okänt namn på**

20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en utredning av levnadsvillkoren för transpersoner.
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser när det gäller smittskydd och hiv.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt initiativ för säkrare läkemedelshantering.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om apoteksmarknaden.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en strategi mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om narkolepsi.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om stödet till Rett Center.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (barnens räddningstjänst).
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandvårdsförsäkringen.
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inrätta en kommission för jämlik hälsa.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om obligatoriska bildvarningar på cigarettpaket.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dold försäljning av tobak.
33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tillståndsplikt för försäljning av tobak.
34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholreklam.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om licensplikt för folkölsförsäljning.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ompröva beslutet att låta privatpersoner föra in alkohol drycker i Sverige också för andra personers räkning.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nej till en gårdsförsäljning som hotar Systembolagets detaljhandelsmonopol.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholås.<sup>3</sup>

**Fel! Okänt namn på**

41. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om näthandel.
42. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om missbrukarvården.
43. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om Ett kontrakt för livet.
44. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om snabb kartläggning av ungdomsmottagningarnas öppettider och kompetens.
45. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om funktionshinderspolitikens inriktning.
46. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om äldrepolitikens inriktning.
47. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett förbättrat omhändertagande av svårt sjuka äldre patienter.
48. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett ökat inflytande för de äldre som har hemtjänst.
49. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om viss hemtjänst utan biståndsbedömning för personer över en viss ålder.
50. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om genomförandet av en parbogaranti.
51. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination för ensamstående.
52. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att skyndsamt ta bort steriliseringskravet i könstillhörighetslagen.
53. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ekonomiskt bistånd (socialbidrag).
54. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om överskuldssatthet.<sup>4</sup>
55. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om barnfattigdom.<sup>5</sup>
56. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för spelförebyggande arbete.
57. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för att motverka hemlöshet.

<sup>1</sup> Yrkande 8 hänvisat till KU.

<sup>2</sup> Yrkande 14 hänvisat till FiU.

<sup>3</sup> Yrkande 40 hänvisat till TU.

<sup>4</sup> Yrkande 54 hänvisat till CU.

<sup>5</sup> Yrkande 55 hänvisat till SfU.

Fel! Okänt namn på

## Motivering

**Tabell 1**

(anslag i tusental kronor)

Anslag	Regeringens förslag	Anslagsförändring
Nytt anslag: Äldresatsning	0	+300 000
Nytt anslag: Patientkontrakt	0	+60 000
Nytt anslag: Missbrukarvård	0	+30 000
2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145 502 1 711 507	+10 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Stimulansbidrag 100 000 för att öka användningen av LOV i specialistsjukvården slopas.		- 100 000
<b>Summa utgiftsområdet</b>	<b>62 252 179</b>	<b>+300 000</b>

## Hälso- och sjukvård

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

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

## Hälso- och sjukvårdspolitikens inriktning

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

Vi vill genomföra ett brett reformprogram för en jämlik sjukvård och vi vill modernisera, utveckla och förstärka sjukvården.

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

Vi vill införa en nationell kvalitetscertifiering för alla offentligt finansierade vårdgivare, med lika höga kvalitetskrav på alla vårdenheter och all omsorg.

Vi vill inte att staten ska bestämma vilka organisationsformer landstingen ska välja. Regeringen försöker genom stimulansbidrag styra landstingen att införa etableringsfrihet. Vi anser inte att detta är en fråga som staten ska engagera sig i och vi avvisar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården.

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

Vi vill slå vakt om universitets- och regionsjukhusen. De har en avgörande betydelse för att ge högkvalitativ och jämlik vård. Samarbetet mellan sjukhusen är viktigt för hela vårdorganisationen. Att bryta ut ansvaret för sjukhusen riskerar att slå sönder vårdkedjor för patienter och försämra samverkan mellan olika delar i vården. Vi anser att universitets- och regionsjukhusen ska ägas gemensamt. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till lagstadgat ansvar för vården, vilket gör dem olämpliga att privatisera.

## En sammanhållen och gemensam hälso- och sjukvård för alla

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

## Fel! Okänt namn på

tera vården för de sjukaste och sköraste. Hälso- och sjukvården ska därför styras demokratiskt och finansieras gemensamt och solidariskt.

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

## Patientkontrakt för trygghet och tillgänglighet

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

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

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

Läkarförbundet har i en studie från sommaren 2012 visat att felprioriteringarna inte bara handlar om att återbesök prioriteras bort på grund av kömil-



jarden utan att problemen är mer utbredda än så och även finns inom undersökning och diagnostik. Det innebär att patienter får vänta för länge på sin diagnos. Patienter i alla åldrar och samhällsgrupper drabbas, men de mest drabbade är alltså patienter med komplexa och tidskrävande diagnoser.

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

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

I patientkontraktet ska följande preciseras:

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

Patienten ska inte behöva vara aktiv och gå runt och handla på en sjukvårdsmarknad för att få vård i tid och en fungerande vårdkedja. Det krävs ett politiskt ansvar för att säkerställa att alla patienter – även den som har begränsade möjligheter att hävda sina rättigheter – får vård i tid. Vårt alternativ för att korta väntetiderna och klara vårdgarantin är tydligt: tillför mer resurser till sjukvården, gynna de landsting som bäst klarar vårdgarantin och tillförsäkra patienter ett patientkontrakt med tids- och behandlingsplan. Patientkontrakt ingår som en del i vår strävan att modernisera sjukvården, strukturera kvalitetsarbetet och höja kvaliteten i vården. Vi föreslår i budget för 2013 60 miljoner på ett stimulansbidrag till landsting som inför patientkontrakt. Det finns belegg för att tillfrisknande och välmående ökar när patienten är medveten och tar aktiv del i vårdprocessen. Patientkontrakt är ett verktyg för detta.

## Nationell kvalitetscertifiering av hälso- och sjukvården

För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet föreslår vi att ett system med nationell kvalitetscertifiering införs. Oavsett var jag som patient bor och oavsett om vårdgivaren jag väljer är offentlig, kooperativ, ideellt driven eller privat ska jag vara garanterad en vård

## Fel! Okänt namn på

av hög kvalitet. Den nationella certifieringen ska därför gälla alla offentligt finansierade vårdgivare, offentliga såväl som privata. Certifieringen ska vara tidsbegränsad och omprövas med jämna mellanrum. Den ska kunna dras in när vårdgivare har brister i vården. Det ska utvärderas om en verksamhet svarar upp mot gemensamma standarder. För att få certifiering ska vårdgivare visa att vården har hög kvalitet och är evidensbaserad, håller god tillgänglighet, uppfyller krav på patientsäkerhet med mera. Certifieringen innebär också att alla vårdgivare måste följa nationella riktlinjer, ingå i samma nationella system för kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Andra länder, till exempel Danmark, har kommit längre än Sverige när det gäller certifiering av vårdkvalitet. För att genomföra kvalitetscertifiering krävs noggranna förberedelser. Nationell kvalitetscertifiering handlar i grunden om att vända på perspektivet och inte bara ingripa när något gått fel, utan satsa på att det ska bli rätt från början. Detta ökar tryggheten och säkerheten för patienten samtidigt som det främjar kvalitetsarbete och ger en gemensam plattform för alla offentligt finansierade vårdgivare.

## Nationella riktlinjer

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

Ett exempel på problem men också utvecklingsmöjligheter när det gäller arbetet med riktlinjer är cancervården. År 2007 presenterade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för cancervården. Två år senare kom en nationell cancerstrategi som nu håller på att genomföras. Enligt de nationella riktlinjerna ska alla vårdregioner ha särskilda vårdprogram för de vanligaste cancersjukdomarna. Men riktlinjer genomförs inte överallt på en gång. En granskning i början av 2011 visade att det fanns vårdregioner som saknade vårdprogram, och vården varierade kraftigt mellan olika delar i landet till exempel när det gäller prostatacancer och mammografi. Det har varit svårt att komma åt skillnader trots att cancersjukvården haft en särskild cancerstrategi. Cancerpatienter måste kunna känna sig trygga i sin visshet att de kommer att få god, medicinskt relevant och likvärdig vård oavsett var i landet de bor. 2007 års cancerriktlinjer hade en mer vårdprogramliknande ansats där man ville täcka hela cancervården. Därefter har regionala vårdprogram tagits fram. Uppdateringen

## Fel! Okänt namn på

av de nationella riktlinjerna 2013 kommer inte att ta upp områden där vården fungerar utan fokusera på åtgärder som är förknippade med

- ? etiskt svåra frågor
- ? höga kostnader och tveksamheter om nytta
- ? praxisskillnader (omotiverade skillnader i landet)
- ? olika uppfattningar i professionen om vad som är rätt
- ? behov av utmönstring (ineffektiva eller skadliga åtgärder).

Svensk hälso- och sjukvård har ett ansvar för vilken sjukvård och vilka behandlingsmetoder som erbjuds. Även de senaste åren har det uppmärksamats att läkare fått ersättning för verkningslösa homeopatiska behandlingsmetoder. Det är allvarligt. Den som besöker den allmänna sjukvården ska vara tryggt förvissad om att behandlingsmetoderna säkert vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Att tillförsäkra detta borde vara en självklar del av nationella riktlinjer. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## Patientsäkerhet i vården

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

Statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet har i alltför hög grad varit fokuserad på tillsyn när något händer. Men, det räcker inte att granska och bedöma en enskild händelse. Hälso- och sjukvård är en riskfylld och komplex verksamhet. Hälso- och sjukvården måste därför hela tiden dels arbeta systematiskt med patientsäkerhet och dels lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygg med att rapportera in avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar även om självklart alltid felbehandlingar ska utredas och leda till konsekvenser för den som brister i ansvar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården där data presenteras köns- och åldersuppdelat. Alla vårdskadeundersökningar ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram. Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs idag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg liksom satsningen på statliga stimulansmedel till landstingen om de uppfyller vissa krav. Den nya patientsäkerhetslagen är ett steg i riktning mot att titta på system och styrning snarare än att bara fokusera på enskilda mänskliga misstag. Tyvärr skedde införandet av den nya lagen på ett alltför snabbt och ogenomtänkt sätt. Socialstyrelsen, som tog över merparten av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds uppgifter, fick inte till-

## Fel! Okänt namn på

räckliga resurser för att sköta den viktiga klagomålshanteringen. Detta gjorde att tusentals ärenden försenades kraftigt. Det är av största vikt att Socialstyrelsen får de resurser som krävs för att hantera klagomålshanteringen. Regeringen måste noga följa denna fråga och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Samhället måste kunna erbjuda tydliga kommunikationsvägar för patienter som blivit felbehandlade eller skadade av vården. Dessa patienter måste känna tryggheten i att veta att deras fall verkligen prövas. Det handlar om förtroende för hela sjukvårdssystemet.

Det är av fundamental betydelse för hela samhället och alla medborgares trygghet och säkerhet att nödnumret 112 fungerar på ett bra sätt. För den som befinner sig i en nödsituation räcker det med ett enda samtal till nödnumret 112 för att nå samhällets alla räddningsresurser. Det är SOS Alarm som på statens vägnar ansvarar för nödnumret 112 och de möter varje dag tusentals människor som behöver hjälp i samband med olyckor och vid akuta sjukdomstillstånd. Under det senaste året har det kommit in ett antal anmälningar om att sjuka och nödställda ringt 112 men inte fått den hjälp som varit nödvändig. Misstag kommer alltid att kunna inträffa men Socialstyrelsen har gjort bedömningen att det finns problem med bedömningar och prioriteringar nationellt och därför gjort en landsomfattande granskning. Socialstyrelsen skriver i tillsynsrapport 2012 att det finns allvarliga brister som bland annat handlar om bedömning och prioritering av ambulansbehovet, personalens kompetens, samverkan mellan personalgrupper och mellan olika vårdgivare samt verksamhetens egenkontroll. Vissa (men inte alla) av de aktuella händelserna som klagomålen bygger på har varit av sådan allvarlig karaktär att de har medfört livshotande vårdskador, i vissa fall med dödlig utgång, medan andra har bedömts medföra risk för vårdskada. Enligt vårdgivaren beror de flesta uppmärksammade bristerna på att larmoperatören eller sjuksköterskan inte förstod graden av allvar i det inkomna samtalet och att det i första hand rör sig om kommunikationsproblem. Socialstyrelsen kommer att följa upp verksamheten för att se om brister åtgärdas. Staten äger 50 procent i SOS Alarm, och avtalet om nödnumret 112 tecknas av Forsvarsdepartementet. Kvaliteten i den hjälp och service som ges genom nödnumret 112 måste säkras. Staten har som hälftenägare ett ansvar för att kvaliteten i verksamheten säkras.

## Nationella kvalitetsregister

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

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

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

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

## Tid för vård

Hälso- och sjukvårdens personal upplever att en alltför stor del av arbetstiden upptas av annat än rent patientarbete. Intyg, resursfördelningssystem, dubbla eller tredubbla journalanteckningar och rapportering till olika register är exempel på aktiviteter som tar mycket tid från den direkta vården. Läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal behöver mer tid att jobba direkt med patienterna. Framgångsrikt utvecklingsarbete på olika sjukhus, kliniker och vårdcentraler runt om i landet visar att det går att ändra på organisation och arbetsmetoder för att frigöra mer tid för vård. Detta arbete måste spridas och tillämpas i hela hälso- och sjukvården samtidigt som staten ser över sina krav och regler för att frigöra tid för vård. Vi föreslår att staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt utarbetar ett handlingsprogram för att minska den tid vårdpersonalen måste ägna åt uppgifter som inte är till direkt nytta för patienterna. Uppskattningar har gjorts som pekar på att endast en tredjedel av tiden idag kan avsättas till direkt patientarbete. En målsättning skulle kunna vara att inom fem år minst hälften av arbetstiden ska kunna ägnas åt direkt patientarbete. En exakt målsättning måste naturligtvis analyseras ytterligare men det är viktigt att det sätts upp mål som går att följa upp. Det är av central betydelse att utvecklingsarbetet inte resulterar i minskade resurser till sjukvården. Den tid som frigörs ska användas till att förbättra vården och arbetsmiljön.

## Personalen i hälso- och sjukvården

Arbetsmiljön måste bli bättre i hälso- och sjukvården. Tunga lyft och en arbetsorganisation som sliter ut och tvingar inte minst många kvinnor att sluta i

## Fel! Okänt namn på

förtid måste ersättas med moderna arbetsplatser i vården som är hälsosamma och utvecklande. För oss är det självklart att all hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i en bra arbetsmiljö under kollektivavtalsenliga villkor och ha meddelarskydd, oavsett om arbetsgivaren är privat eller offentlig.

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

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

## En modern it-strategi för hälso- och sjukvården

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

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

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

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

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

## Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård

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

## Fel! Okänt namn på

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

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

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

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

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

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

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



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

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

## Fri etablering i specialistsjukvården

Den borgerliga regeringen tillsatte under förra mandatperioden en utredning som skulle titta på frågan om valfrihetssystem i den öppna specialistsjukvården. Utredningen föreslog en lag om vårdgivaretablering (LOVE) som går ut på att vårdgivare ska kunna etablera sig fritt inom den öppna specialistvården. Taxan skulle bestämmas av en nationell myndighet. Kritiken mot förslaget har varit stark. Landstingen skulle få ytterst begränsade möjligheter att påverka vilka etableringar som sker. Genom att införa nationella taxor för samtliga legitimerade yrkesgrupper får landstingen svårare att kontrollera kostnaderna och planera sin verksamhet. Med LOVE är tanken att tvinga landstingen/regionerna att acceptera privata etableringar.

Vi tror inte på idén om lagstadgad fri etablering i specialistsjukvården. Det slår sönder fungerande vårdkedjor och gör det helt omöjligt för landstingen att planera, lokalisera och bygga upp en effektiv specialistsjukvård. Det är snarare så att det behövs en samordning över nuvarande landstingsgränser för att hushålla med de resurser som finns. Privata vårdgivare kan spela en roll i specialistsjukvården men detta bör regleras genom vårdavtal snarare än genom fri etablering.

Regeringen har inte lagt fram något förslag om införande av LOVE, däremot försöker regeringen genom stimulansbidrag styra landstingen att införa

## Fel! Okänt namn på

etableringsfrihet. Vi anser inte att detta är en fråga som staten ska engagera sig i och vi avvisar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som infördes från 2012 och som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården (för 2013–2014 uppgår det till 100 miljoner årligen på anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård).

## Jämställd hälso- och sjukvård

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

## Myndighetsstrukturen

Socialdemokraterna föreslog redan i budgetmotionen inför 2010 att det skulle göras en översyn av myndighetsstrukturen på Socialdepartementets verksamhetsområde. Det handlade dels om att tydliggöra ansvarsfördelningen, dels om att effektivisera arbetet. Vi tror inte det är optimalt att ha ett dussin myndigheter på detta område.

De borgerliga partierna var själva före 2006 inne på att minska antalet myndigheter men resultatet har blivit fler myndigheter på Socialdepartementets område. Så småningom tillsatte dock regeringen en utredning (Statens vård- och omsorgsutredning) som i sitt slutbetänkande våren 2012 föreslog att tolv av dagens myndigheter och organisationer ersätts av fyra nya myndigheter som är inriktade på dessa huvuduppgifter:

## Fel! Okänt namn på

- ? Utveckling och spridning av kunskap.
- ? Inspektion som tryggar bra kvalitet i alla verksamheter.
- ? Gemensamma it- och kommunikationslösningar.
- ? Överblick som ger förmåga att hantera långsiktiga utmaningar.

Vi är positiva till utredningens inriktning. Vi delar utredningens bedömning att statens arbete på området är alltför splittrat. Till exempel finns det vid sidan av Socialstyrelsen särskilda myndigheter för läkemedel, tandvårds- och läkemedelsförmåner, medicinsk utvärdering, smittskydd, folkhälsa, handikappolitisk samordning och medicinsk-etiska frågor. Flera myndigheter bedriver inspektion. På it-området görs satsningar som skulle behöva vara mer samordnade. Den övergripande statliga styrningen skulle också kunna bli effektivare med hjälp av bättre stöd för långsiktiga prioriteringar. Dagens myndighetsstruktur har vuxit fram stegvis. Nya myndigheter har skapats vid olika tillfällen, för att möta olika behov, utan någon samlad bild av hur helheten ska fungera. Stora delar av den nationella samordningen utvecklas idag genom frivilligt samarbete mellan kommuner, landsting, yrkesgrupper och andra. Det är bra, men staten behöver också förstärka sin förmåga att bidra och styra när så behövs. Staten behöver dessutom vidareutveckla sitt arbete med regler, godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn. Utredningens förslag ger en långsiktigt hållbar statlig grundstruktur som kan vidareutvecklas successivt.

Regeringen har valt att inte invänta remissinstansernas synpunkter på utredningen. Istället har man fattat beslut om att en särskild utredare ska förbereda och genomföra bildandet av en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Nuvarande tillsynsverksamhet enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade vid Socialstyrelsen bryts ut och en ny renodlad tillsyns- och tillståndsmyndighet (Inspektionen för vård och omsorg) inrättas under 2013. Vi har inget emot tanken på en renodlad tillsynsmyndighet (ett förslag som följer utredningen) men vill understryka vikten av att den totala processen inte avstannar. Utredningens förslag och remissinstansernas synpunkter behöver analyseras och regeringen bör därefter lägga fram ett samlat förslag om myndighetsstrukturen på Socialdepartementets område. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna. Om ett särbeslut ska tas om ny tillsynsorganisation måste det förberedas och genomföras utifrån en realistisk tidsplan. Så skedde inte när Socialstyrelsen efter initiativ från regeringen under förra mandatperioden i allt för snabb takt fick ta över tillsynsuppgifter från andra myndigheter (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och länsstyrelserna). Konsekvensen av regeringens forcerade och orealistiska planering den gången blev ett organisatoriskt kaos med långa handläggningstider. Detta får inte upprepas.

Fel! Okänt namn

## Driftsformer i hälso- och sjukvården

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

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

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

Vi tror att det finns ett stort utrymme för att utveckla närsjukvården genom att ta till vara personalens engagemang. Vi ser positivt på att många vård- och hälsocentraler drivs i former där personalens egna engagemang får stort utrymme. Det kan ske i form av privat företagande, kooperativ eller ideell organisation. Men det kan också ske som en självstyrande enhet (intraprenad) inom landstinget/regionen med stora frihetsgrader och stort eget ansvar. Kvalitet och resultat, patientsäkerhet och tillgänglighet bör styra vårdens prioriteringar – inte driftsformer eller snäva lönsamhetskalkyler.

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

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Dessa sjukhus är avgörande för hela sjukvårdens infrastruktur. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till lagstadgat ansvar för vården vilket gör

dem olämpliga att privatisera. Det är landstingen och regionerna som ansvarar för hur sjukvården ska organiseras och det är där de olika politiska alternativen ställs mot varandra. Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för utbildning och praktik för hälso- och sjukvårdens personal. Vi föreslår att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus. Detta bör regleras i lag.

## Organdonation

Väntelistan för en organtransplantation är lång. Varje år genomförs omkring 600 organtransplantationer och 800 vävnadstransplantationer. Varje människa har rätt att själv bestämma om man vill donera eller inte. Bristen på organ och vävnader är stor och det är därför viktigt att fler människor än i dag tar ställning till om man är positiv till organdonation eller inte. Som en följd av bristen på organ avlider många innan de får möjlighet att bli transplanterade.

En majoritet av svenska folket har i olika undersökningar svarat ja på frågan om de kan tänka sig att donera organ efter sin död. Många av dem som är positiva har dock inte anmält det till Donationsregistret. Inom sjukvården har olika frågor ställts kring vad som bör gälla vid organdonation och vård av döende patienter. Eventuella förändringar av nuvarande lagstiftning och hantering måste dock föregås av grundliga överväganden.

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

## Hbt-personers hälsa

Majoriteten av hbt-personer har en god hälsa. Det visar undersökningar som bland annat Folkhälsoinstitutet gjort (2006). Studien visade att hbt-personer generellt tycks ha en god hälsa men att det i hbt-gruppen trots detta finns en betydligt större andel individer med sämre hälsa än i den övriga befolkningen. Hbt-personer möts fortfarande av fördomar och kränkningar och detta påverkar deras hälsa.

Ungdomsstyrelsens rapport "Hon, hen, han" från 2010 redovisar att en fjärdedel av de unga homo- och bisexuella kvinnorna någon gång har försökt ta livet av sig. Drygt 40 procent av transpersonerna uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling de senaste tre månaderna. Varannan transperson har

## Fel! Okänt namn på

övervägt att ta livet av sig. Bland de unga homosexuella och bisexuella är det 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som har blivit bemötta på ett kränkande sätt. Vanligast är att unga hbt-personer utsätts för kränkande behandling i skolan. Många unga homosexuella, bisexuella och transpersoner har lågt förtroende för polisen, skolan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen på grund av att de känner sig diskriminerade i mötet med personalen.

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

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

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

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

## Hiv/aids

Vi vill att det genomförs en särskild informationskampanj angående hiv. Vi föreslår i budget för 2013 10 miljoner till en särskild satsning på informationskampanj angående hiv. År 2006 antog riksdagen på förslag från den socialdemokratiska regeringen en nationell strategi mot hiv/aids. Målet var att halvera antalet nysmittade i vårt land på tio års sikt. Det är ett fullt realistiskt

mål men kräver ett intensifierat arbete. Under ett antal år har regeringens anslag legat still på en miniminivå trots att problemen inte på något sätt minskat. Även om siffrorna varierar mellan enskilda år finns det en svagt ökande trend av rapporterade fall av hiv-infektion i Sverige sedan 2003. Detta är inte förvånande. Informationsinsatser är en färskvara och behöver förnyas. Samtidigt måste samhället hjälpa och stödja de personer som idag lever i Sverige som hiv-positiva. Samhället har ett stort ansvar för att minska den inhemska smittspridningen. Män som har sex med män är en särskilt utsatt grupp. Dessbättre behöver dagens generation inte vara med om att begrava nära vänner som dött i aids. Men det påverkar säkert också riskmedvetandet och gör det angeläget att samhället går in med olika informationsinsatser. De stora informationsinsatser som gjordes under tidigare årtionden har ingen verkan nu och många ungdomar var inte ens födda när dessa kampanjer genomfördes som mest intensivt. Utvecklingen har påtalats och varit känd för regeringen under flera år. Men uppenbarligen har inte detta lett till insikten att det behövs något initiativ från regeringens sida.

När det gäller det preventiva arbetet mot hiv och andra smittsamma sjukdomar har den borgerliga regeringens budgetpropositioner aldrig innehållit några nya satsningar eller initiativ. Det kommer inte att vara en hållbar strategi. Könssjukdomarna ökar igen och det finns tecken på att kondomanvändningen har gått ned i bland annat ungdomsgrupperna. Staten måste intensifiera sina insatser när det gäller smittskydd och insatser mot hiv. Ett intensifierat arbete bör bland annat bestå av särskilda informationsinsatser kring smittskydd och hiv och därför behövs ett riktat anslag för detta. Informationskampanjen ska vara ett komplement till övriga nödvändiga åtgärder: en översyn av smittskyddslagen, metoder att ge lärarna stöd när det gäller att på ett fördomsfritt och kunskapsbaserat sätt undervisa om sex och samlevnad, insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas verksamhet samt sprututbytesprogram på de ställen där det görs bedömningen att det kan bidra till minskad smittspridning.

## Läkemedel

Läkemedel är idag den i särklass vanligaste behandlingsmetoden inom vården och kommer i framtiden att bli än viktigare. Tack vare framgångsrik forskning och utveckling blir det möjligt att bota och behandla allt fler sjukdomar och skador. Det är en fantastisk framgång som räddar liv och ger livskvalitet åt många människor.

Samtidigt behöver läkemedelsanvändningen förbättras och effektiviseras på flera områden. Det gäller inte minst läkemedelsförskrivningen till äldre. Mer än 95 procent av de som är över 75 år konsumerar något receptbelagt läkemedel. Kunskapen om hur olika terapier ska vägas och prioriteras mot varandra vid en genomgång av en multisjuk patients läkemedelsanvändning är idag ofullständig. Dessa patienter kan ha upp till tio olika läkemedel. Ofta görs ingen samlad bedömning av vilka läkemedel patienten har och hur de

## Fel! Okänt namn på

påverkar varandra. Det finns därför ett stort behov av ökad kunskap till forskrivare kring hur läkemedel ska värderas och prioriteras för sådana patienter. Av alla äldre som läggs in akut på sjukhus har upp till en femtedel drabbats av biverkningar av läkemedel. Dödligheten i denna patientgrupp är avsevärt större än i andra typer av patientgrupper. Vi menar att det behövs fler läkemedelsgenomgångar och att alla äldre patienter som behöver det bör få tillgång till en läkare med ett helhetsansvar för den medicinska behandlingen och läkemedlen. Personal i vård och omsorg bör få regelbunden utbildning och fortbildning i effektiv och säker läkemedelshantering. Vi föreslår ett nationellt initiativ för läkemedelssäkerhet för att kartlägga omfattning och orsaker till felaktig läkemedelsanvändning. Varje kommun borde ha ett särskilt system för säkerhet och kvalitet i sin läkemedelshantering för äldre. Det behövs också en bättre rapportering och information om läkemedelsanvändning till och för allmänheten. Ett förslag skulle kunna vara att inrätta en jour eller upplysningslinje dit allmänheten kan ringa när de vill diskutera eller är oroliga för sin egen eller en anhörigs läkemedelsanvändning. Det behövs också en verksamhet som utifrån ett brukarperspektiv kan bygga upp en organisation för råd, stöd och biverkningsrapportering.

Introduktion av nya läkemedel sker inte i den utsträckning och med den snabbhet som krävs för att låta forskningsframsteg och innovationer nå patienten och därmed förbättra vården. Här behövs en överläggning mellan alla parter för att hitta en samsyn kring hur samhället säkrar en snabb och säker prövning och introduktion av nya läkemedel.

## Apoteksmarknaden

Riksdagens borgerliga majoritet beslutade 2009 om en avreglering av apoteksmarknaden. Vi socialdemokrater röstade emot denna avreglering. Utgångspunkten för vårt ställningstagande var att det är av högsta vikt att läkemedelshandlingen är kostnadseffektiv, säker, lättillgänglig och ses som en del av sjukvården – inte som en marknad vilken som helst. Det svenska apotekssystemet där Apoteket AB hade ensamrätt på försäljning till konsumenterna och där läkemedelsbolagen konkurrerade om att få sälja läkemedel till Apoteket AB var ett mycket framgångsrikt system. Det bidrog till att vi hade ett av de säkraste och mest kostnadseffektiva distributionssystemen för läkemedel i världen samtidigt som apoteken låg i topp när det gäller kundnöjdhet inom detaljhandeln. Riksdagens beslut 2009 innebar att Apoteket AB:s ensamrätt på försäljning av läkemedel till konsument avskaffades. Beslutet motiverades bland annat med behovet av ökad tillgänglighet för konsumenterna, men det fanns även starka ideologiska inslag i argumentationen.

Den av staten fastställda handelsmarginalen för apoteken höjdes i samband med avregleringen för att stimulera nya apotekskedjor att etablera sig. Därmed fick samhället ta på sig ökade kostnader för apoteksservicen. Sedan avregleringen har över 600 av de 900 apoteken sålts. Inga apotek, inte heller det som är kvar av det statligt ägda Apoteket AB, har numera något specifikt



## Fel! Okänt namn på

samhällsansvar. I samband med försäljningen av apotekskluster ingick klusterköparna avtal med staten. Enligt dessa avtal är klusterköparna förhindrade att under en treårsperiod lägga ned vissa utpekade apotek. Dessa avtal löper ut under första kvartalet 2013. Efter denna period finns en stor risk att olönsamma apotek avvecklas. Detta problem löses knappast genom ett symboliskt tillskott till glesbygdsapotek.

En annan viktig fråga är hur den så kallade 24-timmarsregeln, det vill säga att kunden ska kunna få sitt läkemedel inom 24 timmar, ska kunna garanteras på den avreglerade marknaden, där möjligheterna att hänvisa till ett annat apotek är starkt begränsade. Vi menar att tillsynen behöver skärpas och att möjligheter till ekonomiska sanktioner införs för att värna 24-timmarsregeln. Sanktionerna ska kunna riktas antingen mot apoteksledet eller mot distributionsledet beroende på var ansvaret ligger.

Konsumentverket redovisade sommaren 2011 att svenska konsumenter ger apoteken sämre betyg än de gjorde före avregleringen. År 2008 gav 95 procent apoteksmarknaden ett gott betyg, medan siffran 2011 sjunkit till 77 procent. Trots fler apotek att välja på upplever alltså konsumenten att det blivit sämre. Fler uppger nu att de får vänta på sina receptbelagda mediciner när apoteken inte har dem på lager och det är fler som tycker att personalen på apoteken inte kan ge råd om de receptbelagda medicinerna.

Statskontorets delrapport om omregleringen av apoteksmarknaden i juni 2012 konstaterar att det blivit fler apotek och ökade veckoöppettider efter avregleringen. Samtidigt skriver Statskontoret att det "finns indikationer på att konsumenterna inte lika ofta får sina läkemedel vid första besöket på apotek" och att apotekens lagerhållning och tillhandahållande av förordnade läkemedel inom 24 timmar kan ha försämrats något efter omregleringen. Statskontoret har genomfört en enkät som visar att hälften av apotekspersonalen upplever att förutsättningarna har blivit sämre för tillhandahållandet jämfört med före omregleringen. Statskontoret varnar för svårigheter att behålla kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen på öppenvårdsapoteken. Den enkät som apotekspersonal har svarat på, visar att sju av tio upplever tydliga eller vissa brister i förutsättningarna att utföra korrekta receptexpedieringar. Nästan sex av tio anser att det har skett en försämring på området efter omregleringen. Den vanligaste förklaringen till detta är att personal inte har tillräcklig tid att lägga på rådgivning. För att kunna ge god information och riktiga råd krävs att apotekspersonalen är uppdaterad om nya läkemedel och nya rön genom kompetensutveckling. Sex av tio av dem som har svarat på Statskontorets enkät upplever att de i ganska eller mycket liten utsträckning har möjligheter att få tillräcklig kompetensutveckling. Drygt sex av tio menar att förutsättningarna har försämrats efter omregleringen.

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

Fel! Okänt namn

## Antibiotikaresistens

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

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

Sverige har stora förutsättningar att driva antibiotikafrågan. I Sverige råder en relativt sett gynnsam situation då förekomsten av antibiotikaresistens i ett internationellt perspektiv är låg. Men problemen i Sverige växer och situationen har under senare år blivit mer bekymmersam. Antalet nya fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) fortsätter att öka: från 425 fall 2001 till 1884 fall 2011. Faktorer som fler äldre patienter, fler komplicerade kirurgiska ingrepp och mer avancerad medicinsk behandling inom cancer- och transplantationsområdet gör att allt fler löper risk att drabbas av resistent bakterier och svårbehandlade infektioner. Ytterligare faktorer som ökar spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är det ökande resandet och att allt fler söker sjukvård utomlands. För att bekämpa denna problematik krävs samordnade insatser inom en rad områden. Återhållsam antibiotikaanvändning, god hygien inom vård och omsorg, effektiv och tillgänglig infektionsdiagnostik, forskning och utveckling av nya antibakteriella ämnen samt insatser inom veterinärmedicinen och miljöområdet är alla viktiga insatsområden för att få bukt med spridningen av resistent bakterier.

Den socialdemokratiska regeringen presenterade redan 2005 en nationell strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Syftet med strategin var att bevara möjligheten att effektivt behandla bakteriella infektioner hos människor och djur med antibiotika. Under 2011 har Socialstyrelsen presenterat en utredning om hur arbetet kan utvecklas ytterligare. Regeringen behöver genomföra förslagen i Socialstyrelsens rapport *Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner*. I rapporten föreslås bland annat att det inrättas en nationell samverkansfunktion som inkluderar relevanta aktörer inom alla samhällssektorer, att en nationell handlingsplan och kommunikationsstrategi

utvecklas, att övervakningen av antibiotikaresistensen förstärks samt att satsningen på preventiva åtgärder för att förebygga uppkomst av infektioner och smittspridning fortsätter. En del positiva saker har hänt. Samverkansfunktionen är under uppbyggnad och landstingen har fått en prestationsbaserad ersättning till landsting som minskar sin antibiotikaförskrivning. Sannolikt behöver det dock vidtas ytterligare åtgärder för att vända utvecklingen. Uppföljningen av antibiotikaförskrivningen i landstingen 2011 visade att endast tre landsting nått de uppsatta målen om att minska antibiotikaförsäljningen. Färsk statistik från Smittskyddsinstitutet till och med juli 2012 tyder också på att utvecklingen går åt fel håll. Under perioden oktober 2011–juli 2012 har förskrivningen ökat jämfört med samma period åren innan.

## Narkolepsi

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

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

Narkolepsi är en kronisk, neurologisk sjukdom. Det främsta symtomet är dagsömnighet. Plötsliga attacker av muskelsvaghet, hallucinationer, en känsla av förlamning innan man somnar eller vaknar (sömnparalys), samt uppsplittad och dålig nattsömn är andra symtom som varierar i omfattning hos olika individer.

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

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

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

## Fel! Okänt namn på

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

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

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

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

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

## Rett Center

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

hanteras på detta sätt. Det är självklart att rätten till bästa vård ska gälla även för patienter med en sällsynt diagnos.

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

Vi anser att verksamhetens långsiktiga existens behöver säkras, i avvaktan på en nationell och stabil lösning för sällsynta diagnoser, och att statsbidraget som varit oförändrat under en lång rad år behöver anpassas till kostnadsutvecklingen. Staten har ett särskilt ansvar för Rett Center och vi föreslår att statsbidraget till Rett Center räknas upp till 10 miljoner för 2013 (inom anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård). Därmed säkras verksamheten och staten tar sitt ansvar för Rett Center och de berörda patienterna. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## Psykiatri

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

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

Det finns stora brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning. Detta är

## Fel! Okänt namn på

inget nytt problem. Vi står inför stora utmaningar för att systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med kroppslig vård och funktionsnedsättningar. Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdet organisation och resursbehov. Utredningen presenterade sina förslag strax efter valet 2006. Den borgerliga regeringen väntade till budgeten 2009 med att anslå några pengar. När det väl anslogs pengar så var det tidsbegränsade mål och satsningar som inte kombinerades med en proposition som stakar ut psykiatriens utveckling på längre sikt. Den psykiatriska vårdens problem är omfattande och komplexa och kan inte lösas genom tidsbegränsade satsningar och mål.

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

Flera projekt rapporterar om svårigheter att rekrytera deltagare på grund av konkurrens från andra projekt. Detta har skapat en projekträngsel, främst bland utbildningsprojekt som riktar sig till landstings- och kommunanställda. Bara inom kommun- och landstingsgemensamma kompetensprojektet fanns 97 olika utbildningssatsningar 2010. Det finns också fler projekt som erbjuder samma typ av utbildning. Exempelvis har så kallad case manager-utbildning erbjudits via tre olika projekt. Försäkringskassan har haft svårt att få personal i kommuner och landsting att delta i deras utbildning eftersom de redan deltar i andra utbildningar som organiserats inom ramen för psykiatrisatsningen. Konkurrensen mellan olika projekt har tillsammans med brist på personal och ekonomiska resurser försvårat genomförandet av flera av insatserna.

Statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att kostnaderna för psykiatri halkar efter annan sjukvård, trots alla tidsbegränsade statliga projektpengar. Lösningen är inte mer av samma sak. Vi socialdemokrater anser att det behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatriens uppdrag och hur den ska utvecklas. Vi föreslår att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas. Samordningsfunktionen inom Socialdepartementet för arbete med insatser mot psykisk ohälsa borde få ett utvidgat uppdrag och börja titta på hur en långsiktig struktur skulle kunna se ut.

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

Många unga uppger dålig psykosomatisk hälsa (Socialstyrelsen 2011). Det betyder inte att de flesta unga mår dåligt. De allra flesta unga är trygga och känner tillförsikt. De lever med fungerande relationer och nätverk, trivs i skolan och inspireras av kompisar, kultur, idrott, musik eller något annat. Samtidigt måste vi vara medvetna om att uppväxtåren är en känslig tid då mycket kan hända. Kraven kan upplevas som hårda och svåra att leva upp till och uppväxtförhållandena kan variera starkt. Var fjärde flicka i ålderna 13–18 år uppger att de har ont i magen en gång i veckan och var femte flicka att de ofta är nedstämda. I åldersgruppen 16–24 år uppgav 29 procent av flickorna/kvinnorna och 14 procent av pojkarna/männen att de hade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (SCB 2008). De allra flesta klarar av sina problem med hjälp av den nära omgivningen. Andra behöver olika typer av stöd, vård eller andra insatser för att få hjälp med sina problem. Små problem kan ibland utvecklas till stora problem om inte rätt insatser görs tidigt. Det behövs ett brett utbud av stöd med en fungerande skolhälsovård, nationella hjälplinjen (telefon och webb), tillgång till ungdomsmottagningar med mera för att snabbt kunna fånga upp problem och ge de unga rätt stöd i tid.

När det gäller barn och ungdomar med psykiatriska problem så brukar de inte vara svåra att upptäcka. Det krävs tidiga insatser i skolan och skolhälsovården för att effektivt kunna stödja dessa barn. För att upprätthålla en jämn och hög kvalitet på skolhälsovården bör Socialstyrelsens riktlinjer gälla för alla skolor. Genom tidiga insatser i skolan och skolhälsovården kan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ges möjlighet att koncentrera sig på barn med mer omfattande behov. Vi föreslår att alla kommuner instiftar en åtgärdsplan för ungdomar som drabbas av psykiska problem. Ansvarsfördelningen ska vara tydlig så att det inte råder några oklarheter om till vem man ska vända sig och vem som ansvarar för vad. Om ett barn mår dåligt eller har stora problem ska man veta vem man ska ringa för att få snabb hjälp, en slags Barnens räddningstjänst. Vi föreslår att det ska finnas samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (samverkan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagning). Lösningarna kan anpassas efter lokala förhållanden och se olika ut i olika kommuner men det bör finnas dels en väg in i systemet, dels tydlighet vad varje aktör i systemet ansvarar för och hur samverkan, samordning och uppföljning ska gå till.

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

Under 1980- och 1990-talen förändrades psykiatri i hela Norden. Tillvägagångssättet var olika men målet detsamma: att minska slutenvården och tvångsvården och decentralisera vården och omhändertagandet bort från de stora mentalsjukhusen till öppnare vårdformer där kommunerna och landstingen fick ett större ansvar. Detta har i grunden varit en positiv utveckling

## Fel! Okänt namn på

men kräver att alla led i vårdkedjan fungerar för att varje patient och brukare ska få rätt insatser i rätt tid.

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

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

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

## Tandvård

Tandvården är mycket betydelsefull för människors hälsa. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten avsevärt och kan leda till följsjukdomar. Tack vare tidigare gjorda investeringar och den fria barn- och ungdomstandvården har allt fler i vårt land en god tandhälsa jämfört med tidigare generationer. Individens kostnad för tandvård kan dock bli hög, särskilt om det behövs mer omfattande åtgärder. För att säkra en god tandhälsa i befolkningen och förhindra nya klasskillnader i tandhälsa är det nödvändigt att tandvårdsförsäkringen har starkt fokus på regelbunden och förebyggande tandvård samtidigt som det måste finnas ett bra skydd mot riktigt höga kostnader. Alla ska regelbundet kunna gå till tandläkaren och ingen ska behöva avstå från tandvård av ekonomiska skäl.

Målsättningen på sikt bör vara att patientkostnaderna i tandvården omfattas av ett högkostnadsskydd av samma modell som gäller inom hälso- och sjukvården. Det är en modell som gör det möjligt att börja bygga en tandvårdsförsäkring där man successivt kan genomföra förbättringar för att nå målet.



Tandvårdsförsäkringen förändrades 1 juli 2008 då bland annat skyddet mot höga kostnader förstärktes jämfört med tidigare. Den tandvårdsreform som infördes var dock otillräcklig. Det förbättrade skyddet mot höga kostnader är viktigt och riktigt, men det räcker inte för att åstadkomma en god tandhälsa i befolkningen. Reformen saknar i stort sett satsningar på den grundläggande och förebyggande tandvård som omfattar alla. Det medför att såväl patienternas som samhällets kostnader för tandvård riskerar att öka ytterligare i framtiden. De flesta patienter har inte fått billigare tandvård efter tandvårdsreformen. Riksrevisionens utvärdering av reformen (från 2012) visar att personer med låga inkomster och dålig tandhälsa inte i någon större utsträckning tar del av högkostnadsskyddet. Andelen som avstår från tandvård trots behov har ökat sedan reformen. Drygt sju procent uppger att de trots dålig tandhälsa ändå inte besöker tandvården regelbundet. I nästan tre av fyra fall beror det på att de inte har råd att gå oftare. Var femte vuxen svensk har inte varit hos tandläkaren någon gång de senaste tre åren. Detta nedslående resultat måste regeringen ta på allvar. Riksrevisionen föreslår att regeringen ska följa upp om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är rätt utformade och träffar rätt målgrupper. Vi delar Riksrevisionens bedömning. Det är av yttersta vikt att tandvårdsförsäkringen utformas så att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården och åtgärda tandvårdsproblem i tid. En viktig insats för att säkra framtida tandhälsa och förebygga framtida kostnader är målsättningen att på sikt förlänga den avgiftsfria tandvården. Socialdemokratiskt ledda Västra Götalandsregionen har här gått före och successivt höjt från lagstadgade 19 år till dagens 22 år. Det finns intentioner att gå vidare till 25 år.

## Folkhälsa

I en internationell jämförelse är hälsosituationen totalt sett i Sverige mycket god. Medellivslängden fortsätter att öka och var 2011 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökat är att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat kraftigt. Dödligheten i cancer, trafikolyckor och självmord har minskat under de senaste 20 åren. Generellt har de äldre i befolkningen haft den bästa hälsoutvecklingen. Hälsosituationen för barn i Sverige är i flera avseenden bland de bästa i världen. Det gäller till exempel den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andel som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen.

Det finns dock inom befolkningen stora tydliga socioekonomiskt relaterade skillnader när det gäller hälsoutvecklingen. Regeringen borde mot denna bakgrund ta ett nationellt initiativ om jämlik hälsa. Personer med kort utbildning har i de flesta avseenden sämst hälsa. Risken för förtida död, före 65 års ålder, är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning för både kvinnor och män. Det är stora skillnader i förtida död för samtliga stora dödsorsaker: hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes

## Fel! Okänt namn på

och sjukdomar i andningsorganen. Trots att insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke totalt sett har minskat sedan 1990 ses till exempel ingen minskning alls för kvinnor i förvärsarbetande ålder och bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar insjuknandet i dessa diagnoser. Den förda politiken behöver analyseras utifrån med utgångspunkt från dessa fakta.

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

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

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

Historiskt står folkhälsoförbättringar för 30–40 procent av BNP-tillväxten. Folkhälsofrämjande åtgärder är därmed en investering för Sverige. På uppdrag av WHO presenterade Marmotkommissionen år 2008 en rapport kallad ”Closing the gap”, som studerat fördelningen av den globala hälsan i världen. Uppmaningen till världens länder var att genast påbörja ett omställningsarbete för att minska sociala orättvisor och öka befolkningens hälsa. Den svenska

regeringen gav endast Statens folkhälsoinstitut ett allmänt uppdrag att ta lärdom och intryck av kommissionens arbete. Ur ett nordiskt perspektiv så har vi i Sverige knappt ens påbörjat vår resa i att analysera vilka grupper som har störst ohälsa och vad som skall göras för dem i syfte att förbättra folkhälsan. Övriga nordiska länder redovisade på den nordiska folkhälsokonferensen i Åbo under augusti månad 2011 ett antal initiativ och insatser. För Sveriges del fanns inget annat än ett antal enkla beskrivningar om huruvida vi påverkas eller inte. Andra länder och städer har dock visat sig vara betydligt mer offensiva i frågan. I England tillsattes en kommission motsvarande WHO:s Marmotkommission, kallad Fair Society Health Lives. I Malmö stad har den socialdemokratiskt ledda majoriteten tillsatt en kommission med forskare, politiker och andra experter för att identifiera skillnader i hälsa mellan olika stadsdelar samt presentera lösningar på hur hälsoklyftorna kan minska.

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

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

Hälsa- och sjukvården har en viktig roll när det gäller individuellt förebyggande och hälsofrämjande arbete och i förlängningen förbättrad folkhälsa. För att arbetet i större utsträckning ska utgå från befintlig kunskap och evidens på området bör nationella riktlinjer användas i vården. Redan idag förekommer en hel del rådgivning men det varierar stort mellan olika landsting/regioner. Patientenkäter har visat att bara 30 procent säger sig ha fått frågor om livsstil när de varit i kontakt med sjukvården. Givetvis kan inte detta standardiseras utan måste situationsanpassas men potentialen att öka rådgivningen är mycket stor. För att detta ska bli verkningsfullt måste vårdpersonalen ha tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an livsstilsproblem så som övervikt, rökning, missbruk eller brist på motion. Hälsa- och sjukvårdens olika ersättningssystem (till exempel för primärvården) bör premiera framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Varje vardagskontakt mellan vårdgivare och medborgare är en möjlighet till mobilisering av individens

## Fel! Okänt namn på

egen kraft i behandlingsarbetet eller ett tillfälle att stödja och stärka en individ i förebyggande livsstilsförändring. Studier visar också att vårdpersonalens engagemang och påverkan ger effekt. Dessa möten ger möjlighet till främjande och förebyggande insatser på individuell nivå men ger också en samlad kunskap om befolkningens hälsa. Fysisk aktivitet på recept har med framgång införts i primärvården. Det innebär att patienten istället för läkemedel ordinerar fysisk aktivitet och exempelvis får kostnader för motion subventionerad. Intresset för att använda fysisk aktivitet på recept växer. Vi vill att fysisk aktivitet på recept ska vara ett naturligt inslag i hälso- och sjukvården liksom rådgivning om matvanor. Flera landsting/regioner (till exempel projektet Friskare Liv i Blekinge) arbetar också aktivt med självhjälpgrupper och andra insatser för att stärka individens möjligheter att rehabiliteras eller att lära sig att leva med sin sjukdom.

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

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

Folkhälsoarbete riktat mot äldre bör vara en prioriterad fråga. Förebyggande arbete främjar folkhälsan och livskvaliteten och kan skjuta upp vård- och omsorgsbehov – vilket är viktigt både ur ett mänskligt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Äldre ska ha förutsättningar att leva ett aktivt liv tillsammans med andra. De ska också ha tillgång till den kunskap som krävs för att leva ett hälsosamt liv. Att främja fysisk aktivitet och goda matvanor

gäller inte bara unga människor eller medelålders. Effekten av hälsosam kost och motion är stor även bland äldre och kan motverka depressioner och förebygga fallolyckor och frakturer.

## Tobak

I takt med att färre röker har dödsfallen på grund av rökning minskat. Men fortfarande dör cirka 6 400 personer varje år av rökning. Det är fler liv än trafikolyckor, hiv/aids, narkotika och självmord skördar tillsammans. Det är aldrig för sent att sluta röka. Cancerrisken minskar allt eftersom tiden går efter rökstoppet. 10–15 år efter man slutat har man samma cancerrisk som den som aldrig rökt. Passiv rökning under en längre period innebär samma hälsorisker som för rökaren. Fler personer i Sverige dör av passiv rökning än av trafikolyckor. Cirka 200 dödsfall per år beror på passiv rökning.

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

Hälften av alla rökare beräknas dö till följd av sin rökning. De förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Varje år orsakar rökning cirka 10 000 cancerfall i Sverige, vilket är ungefär 25 procent av alla cancerfall. Att inte röka är därför det bästa sättet att förebygga cancer. Andelen rökare är ojämnt fördelad i befolkningen. Att få människor att avstå tobak är en stor hälsovinst både för individen och för samhället. En stor hälsorisk med rökning är risken att utveckla KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL är en snabbt ökande sjukdom i vårt land och en av de vanligaste dödsorsakerna. KOL orsakas av tobaksrökning och leder till andningssvårigheter och problem att klara det dagliga livet. Eftersom lungornas kapacitet försämras kraftigt klarar sig många inte utan syrgas.

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

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

## Fel! Okänt namn på

Arbetet med att minska rökningen i Sverige har pågått under lång tid och vid en internationell jämförelse varit mycket framgångsrikt. Lagstiftning och information har tillsammans lett till ändrade värderingar i samhället, där den rökfria miljön blivit en självklar norm i allt fler sammanhang och ses som ett naturligt hänsynstagande till andra. Arbetet med att minska rökningen måste fortsätta. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i detta arbete. Samtliga primärvårdsenheter i sjukvården behöver kunna erbjuda lättillgänglig och effektiv rökavvänjning. Vi anser också att det är mycket viktigt med förebyggande arbete för att bekämpa tobaksbruket i Sverige. Det handlar bl.a. om informationssatsningar och annat tobakspreventivt arbete. Samhällets engagemang och insatser på tobaksområdet får inte mattas av och nedprioriteras. Engagemanget och aktiviteterna för en rökfri miljö behöver öka på lokal, regional och central nivå. Den borgerliga regeringen organiserade under förra mandatperioden om det centrala arbetet med drogfrågor, de specialorganisationer som fanns för arbetet försvann och ovanför den vanliga myndighetsstrukturen bildades en samordningsfunktion som består av två sekretariat inom Regeringskansliet (ANT-sekretariatet och Samant). Den nya organisationen skulle enligt regeringen ge förutsättningar för ett arbete med alkohol-, narkotika-, dopning- och tobaksfrågorna i en permanent och hållbar struktur. Vi anser inte att det kunnat visas att det nya sättet att organisera arbetet ger tillräcklig kraft. Tobaksfrågan riskerar att komma till korta i den nya organisationen där andra frågor dominerar.

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

En annan åtgärd som varit framgångsrik internationellt är information i bildform på cigarettpaketen som varnar för tobaksrökningens hälsokonsekvenser. Kanada var först i världen år 2001. Sedan kom Brasilien, Singapore, Thailand, Venezuela och Australien. Inom EU har en rad länder beslutat införa bildvarningar. Belgien var först i november 2006. Därefter följde Rumänien, Storbritannien, Lettland, Frankrike, Malta, Spanien och Ungern. Irland införde varningsbilder under 2013. Noggranna utvärderingar och forskningsprojekt visar att varningsbilder är effektiva. Ett exempel är en studie som omfattade USA, Kanada, Australien och Storbritannien. Den jämförde bl.a. hur varningarna på cigarettpaket uppfattades av rökarna. I Kanada ansåg 84 pro-

## Fel! Okänt namn på

cent av de tillfrågade att bilderna ger värdefull information om tobakens hälsorisker. I USA, som hittills endast haft ganska små textvarningar, var andelen som tyckte att varningarna hade någon betydelse endast 47 procent. Samma studie visade också att kunskaperna om hälsoriskerna är bäst där man med varningsbilder specificerar enskilda sjukdomar som har samband med rökning. Motivationen att sluta förstärks och återfall förhindras. Sverige bör agera mer offensivt i denna fråga. Vi föreslår att riksdagen ger regeringen i uppdrag att återkomma med ett förslag om obligatoriska bildvarningar.

En åtgärd som kan minska tobaksrökningen är införande av dold försäljning. I flera länder har man infört dold försäljning av tobaksvaror och fler länder har beslutat införa denna skyddsåtgärd för att minska rökningen. I ramkonventionen om tobakskontroll artikel 13 finns klara riktlinjer som bland annat innebär just att tobaksprodukter ska förvaras ej synliga för kunden, en insats som har störst påverkan på barn och ungdomar. Uppföljningar efter införandet av dold försäljning på Island och i Kanada har visat att rökningen minskar. Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att återkomma till riksdagen med ett förslag om dold försäljning av tobak.

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

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

Det tobakspreventiva arbetet bland barn och unga bör inte isoleras från annat samhällsarbete mot tobak. Barn, tonåringar och vuxna lever tillsammans och påverkar varandra i vardagen. Insatser riktade till unga gör mindre nytta om man inte samtidigt arbetar med vuxnas attityder och normer. Det bör prövas om det är möjligt att sätta ett nationellt mål om ett tobaksfritt Sverige

**Fel! Okänt namn på**

2030. Med en helhetssyn ökar möjligheterna att minska tobaksanvändningen i alla åldersgrupper och därmed skadeverkningarna i form av sjukdom och för tidig död. För att nå resultat krävs en översyn och framtågande av förslag som kan prövas på områdena informationsinsatser, utbildning, avvänjningshjälp, aktiv prispolitik, neutrala tobaksförpackningar eller varningsbilder på tobaksförpackningarna, dold försäljning i handeln och fler rökfria miljöer. Det behövs ett sammanhållet grepp i tobaksfrågan och vi föreslår att regeringen återkommer till riksdagen med ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## Alkohol och narkotika

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

Den borgerliga regeringen som tillträdde 2006 lade ner Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika. Vi tycker att det var ett felaktigt vägval. Den tidigare specialiseringen ledde till ökad kraft i det förebyggande arbetet. Uppgifterna överfördes istället till flera olika myndigheter, ett särskilt sekretariat bildades i Regeringskansliet och olika departementsarbetsgrupper inrättades där Socialdepartementet samordnar arbetet. Vi anser att den arbetsmodellen, som befästes i den nyligen antagna nationella strategin för ANDT, har lett till att arbetet blivit otydligare och tappat i fokus, tempo och kraft. Det saknas nationella initiativ och ett kraftfullt utåtriktat perspektiv i arbetet. Ett utåtriktat arbete, som Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika bedrev, är viktigt för att få förankring och förståelse för alkoholens konsekvenser och stöd för en restriktiv alkoholpolitik. För att genomföra politiska åtgärder eller



prioriteringar av resurser, exempelvis i polisens eller tillsynsmyndigheters arbete, som leder till minskad konsumtion och skador behövs en ökad samordning mellan olika politikområden eftersom många delar av den verk samma politiken ligger utanför Socialdepartementets område. Regeringens ANDT-råd omfattar bland annat inte handelsområdet och behöver större tyngd i regeringens departementssamordning för att kunna spela en pådrivande roll.

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

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

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

Den borgerliga regeringen drev under våren 2008 igenom att privatpersoner ska kunna föra in alkoholdrycker i Sverige också för andra personers räkning. Vi anser att beslutet var felaktigt och föreslår att beslutet omprövas. Beslutet 2008 var en helt onödig EU-anpassning som försvagade den restriktiva alkoholpolitiken. Det pågår en successiv utveckling mot ökad tillgänglighet. Det finns en rad privata företag som tar emot beställningar och kör hem alkohol till privatpersoner. Dessa företag är i praktiken inte bara transportörer utan bedriver en förtäckt detaljhandel som undergräver detaljhandelsmonopolet. Finland och Norge har förtydligat sin lagstiftning för att skydda sina detaljhandelsmonopol. Sverige bör, i avvaktan på en omprövning av hela frå-

## Fel! Okänt namn på

gan, på samma sätt som våra nordiska grannar förtydliga lagstiftningen och tillse att aktörerna följer gällande regler. Flera av de nätaktörer som erbjuder svenskar att köpa alkohol är profilerade lågprisaktörer som lockar kunder genom att inte betala skatt och felaktigt påstå att kunderna inte heller behöver göra det. Enligt undersökningen vet sex av tio svenskar inte vem som ska betala skatt, eller tror att det är säljarens ansvar. Enligt samma undersökning har nästan hälften av dem som handlat öl, vin eller sprit på nätet fått erbjudanden om olika typer av lockpriser och rabatter – något som inte är förenligt med den svenska alkohollagen. Folkhälsoinstitutet har dessutom konstaterat att ålderskontroll ofta inte finns i dessa sammanhang. Att strunta i regler och undvika alkoholskatten ger billig alkohol och merförsäljning och är motorn i mycket av den växande näthandeln med alkohol.

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

Riksrevisionen noterade förra året i sin granskning (RRS10) av det statliga stödet i alkoholpolitiken att det inte går att hävda att den bidragsstödda verksamheten till kommuner och ideella organisationer gett någon särskild effekt. Enligt Riksrevisionen framstår det inte heller som troligt att de statliga myndigheternas tillsyn påverkar barns och ungdomars tillgång till alkohol eller deras alkoholkonsumtion. Riksrevisionen ifrågasätter därför om det är effektivt att staten fortsätter med sitt stöd till lokalt förebyggande arbete – i varje fall som stödet hittills inriktats, styrts och följts upp.

Riksrevisionens kritik bör beaktas. Men lokalt förebyggande arbete är oerhört värdefullt och bör stödjas även i fortsättningen. Däremot måste samhället bli bättre på att koordinera sina insatser, involvera föreningsliv och andra ideella krafter och nå de unga som befinner sig i riskzonen. Alkoholkonsumtionen är en central faktor när det gäller sociala problem och våld bland ungdomar. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Både svensk och utländsk forskning visar på tydliga samband mellan ökat alkoholdrickande och ökad våldsbrottslighet. Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar. Vid utarbetandet av en handlingsplan bör behovet av förändringar i lagstiftningen prövas samtidigt som det utarbetas förslag när det gäller arbete med attityder. Lokalt förebyggande arbete är viktigt i flera aspekter. Det ökar medvetenheten om alkoholens roll för lokalsamhället, kommuner och landsting. Därigenom ökar stödet för att genomföra effektiva åtgärder både lokalt och nationellt, som begränsningar av tillgänglighet, tillsyn av servering och polisarbete mot langning och olovlig försäljning. Genom mobilisering av lokalsamhället involveras också fler i det

förebyggande arbetet med att förhindra alkoholrelaterade problem. Ett ramverk inom vilket det lokala arbetet kan bedrivas är till exempel det som beskrivs i Folkhälsoinstitutets skrifter om policy för prevention, som beskriver genomförande och uppföljning av lokal alkohol- och narkotikapolicy.

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

Vi anser att alkoholskatten ska höjas 2013 och har i partimotion om statsbudget 2013 lagt ett sådant förslag. Regeringen har själv argumenterat för detta i vårpropositionen 2011 men har inte lagt fram förslaget i budgeten varken för 2012 eller 2013. Det är olyckligt och några egentliga argument emot en höjning har inte framförts av regeringen. Det finns ett tydligt samband mellan pris och konsumtion och därför är alkoholskatten ett viktigt alkoholpolitiskt verktyg. Erfarenheterna från Finland visar att höjningar av skatt och pris minskar konsumtion och skador även när införseln för privat bruk är fri. När Finland sänkte sina alkoholskatter 2004 i samband med att EU:s regler för skattefri införsel för resande började gälla fullt ut, ökade konsumtionen med 10 procent och de flesta typer av alkoholrelaterade skador ökade. Sedan 2008 har alkoholskatterna höjts upprepade gånger och den totala konsumtionen gått ner. Alkoholskadorna har också minskat. Till exempel minskade antalet dödsfall på grund av alkoholrelaterade sjukdomar med 3,5 procent mellan 2009 och 2010, antalet berusade personer som avlidit till följd av olycka eller våld sjönk med drygt 10 procent och antalet vårdperioder med alkoholrelaterade sjukdomar minskade med över 7 procent mellan samma år. Ett annat exempel är den brittiska regeringen som har höjt alkoholskatten med en ”skattehiss” på 2 procent över inflationen varje år sen 2008. Storbritannien och Irland har sedan flera år högre öl- och vinskatt än Sverige (medan spritskatten fortfarande är högre i Sverige).

När skatter på alkohol höjs behöver man stärka och prioritera insatser mot smuggling och vidareförsäljning. En prioritering av tullens och polisens arbete, inte bara på storskalig smuggling, utan också småskalig frekvent smuggling är viktig. Förutom prioritering kan det behöva utredas om tullen behöver större befogenheter i arbetet. Det kan till exempel vara så att tullen idag inte har rätt att föra register över personer och fordon, och därmed inte har möjlighet att identifiera frekventa smugglare. Kronobergsmodellen för lokalt arbete mot langning förtjänar också att spridas och användas i sin helhet. Vissa polismyndigheter verkar bara ha anammat den delvis, vilket lett till sämre resultat.

## Fel! Okänt namn på

Alkohol ligger bakom många olyckor i trafiken. De bedöms att 1 000 människor omkommit i olyckor i Sverige de senaste tio åren där alkohol varit inblandat. Alkolås är ett effektivt sätt att förhindra att man kör alkoholpåverkad. Redan 2005 ansökte den dåvarande socialdemokratiska regeringen om ett nationellt undantag i EU för att införa en lagstiftning om obligatoriska alkolås i fordon. Den gången blev det nej från EU-kommissionen. Sedan dess har dock EU fått en mera positiv inställning till alkolås. Det är därför hög tid att regeringen aktivt verkar i EU för att alkolås blir ett lagkrav i alla fordon som går i yrkestrafik. På sikt, när tekniken utvecklats ytterligare, bör alkolås bli lagkrav även i vanliga personbilar. Drar arbetet ut på tiden bör Sverige återigen ansöka om ett nationellt undantag i EU om att införa alkolås i alla fordon som går i yrkestrafik. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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

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

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

hög skatt och begränsning av det privata vinstintresset i alkoholhandeln blir därför något som (även) näringslivet som helhet tjänar på.

## Missbruksvården

Det finns i Sverige 500 000 personer med missbruk eller beroende. Majoriteten av dessa (cirka 330 000) har alkoholproblem. Omkring 30 000 personer har ett pågående narkotikamissbruk. De allra flesta med missbruk har familj, vilket betyder att cirka 20 procent av alla barn och vuxna har det i sin omedelbara närhet. Socialtjänst och sjukvård satsar tillsammans cirka 17 miljarder kronor per år på missbruksvården. Det ska jämföras med samhällskostnaderna för missbruk som kan uppskattas till 150 miljarder kronor.

Missbruksutredningen genomförde en total genomlysning den svenska missbruksvården. Utredningens slutsatser (SOU 2011:35) bör enligt vår mening leda till att samhället omprövar en hel del i dagens system och samordnar och förbättrar sina insatser mot missbruk. Behandling mot alkohol- eller narkotikamissbruk bör erbjudas mycket snabbare än vad som ofta sker idag. Det måste vara lätt att få vård och stöd på ett mycket tidigt stadium, innan missbruket gått för långt och lett till svåra beroenden och sociala problem. Primärvården behöver ha beredskap att ge insatser till denna grupp. Vårdpersonalen behöver i detta arbete tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an missbruk. Även kommunernas insatser behöver utvecklas. Missbruksvårdens kvalitet varierar avsevärt mellan olika kommuner. I vissa delar av landet får missbrukare vänta länge på behandling om de överhuvudtaget kommer i fråga för rehabilitering. Eftersom vårdbehovet hos missbrukare är akut bör målet vara att väntetiden till behandling skall vara mycket kort. När någon är motiverad och vill bryta ett missbruk är det bråttom, annars försvinner tillfället och möjligheten att bryta ett beroende eller missbruk.

För att behandling av missbrukare skall bli effektiv krävs att den enskilde får större inflytande och är delaktig på ett helt annat sätt än tidigare när det gäller den egna vården. Personer med missbruksproblem har i dag i praktiken en svagare ställning än flertalet andra patientgrupper. Genom att snabbt erbjuda vård och skraddarsy behandlingen efter missbrukarens egna behov och önskemål ökar möjligheterna till snabb och lyckad rehabilitering. Trösklarna till behandling är ofta också alldeles för höga. Missbrukarnas vård är ofta villkorad på ett sätt som vore otänkbart när det gäller alla andra sjukdomar. Får man ett återfall skrivs man ofta ut från sin behandling. Det kan jämföras med att avbryta behandlingen för en person med åstörningar efter ett återfall. Målet är total drogfrihet, men inga missbrukare ska "avskrivas". Även aktiva missbrukare som haft omfattande problem under lång tid skall få insatser att leva ett värdigt och sjukdomsfritt liv så långt det bara går, till exempel genom sprutbytesprogram som hindrar smittspridning och som ger möjlighet att komma i kontakt med missbrukaren och erbjuda behandling.

## Fel! Okänt namn på

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

Otydligt ansvar där personer med missbruksproblem bollas mellan kommunen och landstinget är i dag ett stort problem. Det får inte vara så att en kommuns storlek eller dåliga ekonomi medför att individerna inte får de insatser de har rätt till. Missbruksutredningen föreslår en ny lag om missbruks- och beroendevård som ska göra ansvaret tydligt. Landstinget ges ett samlat ansvar för behandling och kommunerna får enbart ansvar för socialt stöd. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vill inte flytta ansvarsgränserna men föreslår tydligare regler för brukarinflytande, en stärkt roll för primärvården och starkare krav på samverkan. Till exempel bör kommunen och landstinget komma överens om vilket samlat vårdutbud som ges och vem som ska göra vad i förhållande till individen. Vi delar SKL:s ståndpunkt om detta, men det behövs förändringar jämfört med i dag genom ett tydligare system med en enkel väg in i vården, snabb vård, fungerande vårdkedjor och ett socialt stöd.

Missbruksutredningen innebar ett samlat angreppssätt på missbruksfrågan och dess olika delar. Detta arbete får inte vara förgäves. En väl fungerande missbruksvård är en enorm vinst för alla i samhället, både ekonomiskt och mänskligt. Regeringen bör återkomma under 2013 med en samlad proposition om missbruksvården.

För att stärka vårdkedjorna kring den som behöver vård och behandling mot sitt missbruk startades på den socialdemokratiska regeringens initiativ 2005 den treåriga satsningen Ett kontrakt för livet. Arbetet var mycket framgångsrikt. Den enskilde erbjöds avgiftning, utredning, motiverande och behandlande insatser och en planering som omfattar både LVM-tiden och tiden efter utskrivning. En gemensam överenskommelse mellan den enskilde, socialtjänsten och Statens Institutionsstyrelse (SiS) låg till grund för en långsiktig vård som omfattade LVM-tiden och halvåret därefter. Kommunen fick en statlig subvention när överenskommelse träffats om en mera långsiktig vård. Uppföljningen av Ett kontrakt för livet visar mycket goda resultat jämfört med traditionell LVM-vård. Trots goda resultat har inte den borgerliga regeringen fortsatt satsningen. Att satsa på samverkan i enlighet med tankarna i Ett kontrakt för livet ger stort utbyte av en förhållandevis liten satsning. Vi vill att staten och kommunerna samverkar kring individen för att säkra kompletta vårdkedjor. Vi vill återinföra den statliga satsningen Ett kontrakt för livet och föreslår för detta 30 miljoner från och med 2013.

## Den sociala barn- och ungdomsvården

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

Ungdomar som tillbringar en stor del av sin barndom i familjehems- eller institutionsvård är som unga vuxna en mycket utsatt grupp (Socialstyrelsen 2006). Barn och ungdomar som har varit placerade i familjehems- eller institutionsvård löper trots vården på lång sikt stor risk att utvecklas ogynnsamt i flera avseenden med stor risk för framtida sociala problem. De som ingår i gruppen har förvisso problem redan från början men resultaten visar att institutionsvården i Sverige när det gäller den sociala barn och ungdomsvården behöver utvecklas metod- och kvalitetsmässigt.

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

Enligt socialtjänstlagen 3 kap. 6 § bör alla kommuner ha en socialjour. För barnets bästa och skydd bör socialjouren finnas tillgänglig dygnet runt och socionomutbildad personal bör göra en första bedömning. Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2012 visade att möjligheten för barn och unga att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour helt saknades i 38 procent av landets kommuner. Utökad samarbete mellan kommuner när det gäller jourverksamhet kan vara en väg att gå för att åtgärda dessa brister och utveckla verksamheten. I de fall nämnden har fattat beslut om vård av barn och unga utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården. Denna skyldighet innefattar bland annat regelbundna personliga besök i det hem där den unge vistas och samtal med den eller dem som har tagit emot den unge i sitt hem. Fortfarande saknar 10 procent av kommunerna i 2012 års undersökning rutiner för att erbjuda placerade barn enskilda samtal i samband med att ansvarig socialsekreterare gör uppföljningsbesök på familjehemmet eller institutionen. Enligt Socialstyrelsen bör utbildning och handledning ges till anlitade familjehem individuellt

## Fel! Okänt namn på

eller i grupp. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och de bör även kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

Socialstyrelsen jämförde 2011 skolresultaten för placerade barn jämfört med barn som inte varit placerade. Undersökningen visade att 86 procent av alla barn, födda i Sverige, var behöriga att efter avslutade grundskolestudier läsa vidare på gymnasiets nationella program. Men när det gäller barn som var placerade första gången före 10 års ålder var motsvarande siffra 71 procent. För barn som placerats för första gången efter 12 års ålder var siffran 55 procent. Situationen är inte acceptabel. Hur barnen lyckas i skolan är den enskilt viktigaste faktorn för hur det ska gå för dem senare i livet. En bra skolgång innebär i regel en bra start i vuxenlivet också för de barn som har varit i samhällets vård.

Ett område där det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete är HVB-hemmen (hem för vård och boende). Omsorgsbrist i det egna hemmet är vanligaste orsaken till placering före tonåren i HVB-hem. För tonåringar är orsaken till boende på HVB-hem beteendeproblem som missbruk och kriminalitet, där föräldrarna inte kan lösa situationen. Barnen som är placerade i HVB-hem befinner sig ofta i en krissituation. HVB-hemmen är en sårbar verksamhet. Kvaliteten kan snabbt ändras beroende på personalsituationen och vilka vårdtagare som är där. Som en del av regeringsuppdraget om förstärkt tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården 2006–2008 genomförde Socialstyrelsen en stor granskning som visade på stora brister i HVB-verksamheten bland annat när det gäller delaktighet och säkerhet. När det gäller säkerhet måste HVB-hemmen ha rutiner för att förebygga och förhindra att barnen under placeringen varken utsätts för sexuella övergrepp eller själva begår sådana. En anledning till att problem uppstår är att ungdomar med högriskbeteende blandas med ungdomar med lågriskbeteende. Vidare måste det säkras att alla skolpliktiga barn som är placerade i HVB har tillgång till och deltar i skolundervisning utifrån barnets egna förutsättningar. Psykiatrisk vård till ungdomar som är placerade på särskilda ungdomshem eller i HVB-hem är en annan fråga där huvudmännens ansvarsgränser ställts på sin spets under senare år. Det har visat sig finnas oklarheter om vilket ansvar landstinget har och i praktiken också den specialiserade psykiatrin. Detta har fått till följd att de barn och ungdomar som har de allra största behoven av psykiatrisk vård i vissa fall har sämst förutsättningar att få dem tillgodosedda. Socialstyrelsens inspektioner 2011 visade att kvaliteten och säkerheten generellt sett förbättrats något sedan tidigare tillsyn. Situationens allvar understryks dock av att tillsynen 2011 resulterat i beslut med krav på åtgärder i 34 procent av de föranmälda inspektionerna och i 21 procent av de oanmälda.

En avgörande faktor är samverkan och kommunikation mellan socialtjänsten och HVB-hemmet. Socialstyrelsen gjorde 2011 en kartläggning av hur nämnderna bidrar till samverkan med HVB. Den sammantagna bedömningen är att majoriteten av de berörda nämnderna samarbetar med verksamheterna och att socialsekreterarna i allmänhet har kontakt med de placerade barnen. Personalen var nöjd med samarbetet när socialsekreteraren deltog i möten och höll kontakten med barnet. En del kommuner har organiserat det så att samma



## Fel! Okänt namn på

socialsekreterare har ansvar för alla ungdomarna i ett HVB för ensamkommande barn. Den socialsekreteraren besöker boendet ofta, är känd av alla barnen och har enskilda samtal med dem. Vissa verksamheter var missnöjda med att socialtjänsten inte lämnar information om barnen före placeringen och att de ”jobbar i egen fil”, det vill säga har kontakt med barnen men inte med personalen. Vidare var somliga kritiska till att socialsekreteraren inte kom på mötena och att det inte fungerade med stödet till barnen, till exempel inför utslussningen. Den stora personalomsättningen inom socialtjänsten är ett problem för HVB-verksamheterna. Samtalen med barn och ungdomar visade dock att de flesta känner sin socialsekreterare och har regelbunden kontakt med honom eller henne. Men en del ungdomar var besvikna på att socialsekreteraren är svår att nå och inte ringer upp när de försöker få kontakt.

Barnskyddsutredningen från 2009 hade flera intressanta förslag om hur arbetet med placerade barn kan förbättras. Det är välkommet att regeringen nu tagit fasta på förslag från utredningen men att regeringens beredning tagit tre år är inte godkänt och visar på frågornas svaga ställning. Regeringens förslag att knyta en socialsekreterare till varje placerat barn är en nödvändig uppstramning av systemet men löser inte, vilket ovan beskrivits, alla problem. Socialsekreterarna har en pressad arbetssituation och måste ges möjlighet att ägna nödvändig tid åt kontakten med placerade barn och unga. Sannolikt underskattas den nödvändiga tidsåtgången för detta.

Utvecklingen med ett stort antal ungdomar som är omhändertagna måste mötas med att erbjuda insatser av högsta kvalitet med tillgång till den bästa sociala och psykiatriska kompetensen i samhället. Vi anser att detta är ett så allvarligt problem som så länge skapat konflikter och frustration, att kommuner och landsting måste vidta konkreta åtgärder för att finna lämpliga lösningar och effektiv samverkan. Socialstyrelsen måste också ha tillräckliga möjligheter att utöva tillsyn enligt de mål som finns. Socialstyrelsen har de senaste åren hamnat i en svår situation när det gäller tillsynen då man i allt för snabb takt utan tillräcklig förberedelsestid övertagit tillsynsuppgifter från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och länsstyrelserna. Resultatet har blivit långa handläggningstider. Tillsynen av socialtjänsten har också fått stå tillbaka när man varit tvungen att prioritera oavslutade och tillkommande patientsäkerhetsärenden i samband med organisationsförändringen. Regeringen är ansvarig för situationen. Att det tar tid att rekrytera personal och lägga om tillsynsverksamheten bortsåg man ifrån. I en enkät som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gjort med landets socialchefer uppger 29 procent att de fått mindre förtroende för tillsynen av socialtjänsten efter förändringarna och varannan (52 procent) är missnöjd med stödet och rådgivningen. Det sistnämnda är ganska logiskt eftersom Socialstyrelsen vid övertagandet inte fått samma ansvar för råd och kunskapsunderlag som de olika länsstyrelserna tidigare hade.

En utsatt grupp är de ungdomar som vårdas på ungdomshem. Statens Institutionsstyrelse (SiS) driver de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen för en liten grupp ungdomar med allvarliga problem som vårdas mot sin vilja. Verksamheten är ofta ifrågasatt i media men är oerhört viktig och en nödvändig del av vårdsystemet. Utagerande beteende, våld, kriminalitet och miss-

## Fel! Okänt namn på

bruk är vanliga orsaker till placeringen. Tidigare insatser från socialtjänsten har varit otillräckliga. Det är bara på SiS särskilda ungdomshem som ungdomar kan låsas in och hållas kvar med tvång. SiS har även andra särskilda befogenheter för att kunna genomföra vården eller för att skydda den enskilde, andra ungdomar eller personal, till exempel avskiljning och vård i enskildhet. Enligt Socialstyrelsens senaste granskningar börjar SiS utvecklingsarbete ge resultat. Brister finns dock när det gäller bland annat hälso- och sjukvårdsinsatser, självmordsprevention och sociala insatser (behandlingsplanering och kontakt med socialtjänsten). Här behövs ytterligare insatser för att utveckla stödet och vården för denna grupp utsatta ungdomar.

Samhället tar på sig ett stort ansvar när man flyttar ett barn från sin ursprungliga familj. Under 2005 vittnade många olika personer om vanvård, systematiska kränkningar och våld i den sociala barn- och ungdomsvården i förfluten tid. Även om de allra flesta omhändertagna fått en bra vård stod det klart att bristerna varit allvarliga och tyvärr så omfattande att man inte kan tala om enstaka fall. Kontrollsystemen var undermåliga och förmådde inte upptäcka eller ingripa mot övergrepp och skydda dessa barn. Socialtjänstminister Morgan Johansson beslutade därför 2006 att utnämna Göran Johansson till särskild utredare för Utredningen om vanvård i den sociala barnvården 1920–1980. Utredningen har intervjuat nästan 1 000 personer och fick under förra mandatperioden sitt uppdrag förlängt. Många av de intervjuade har dock kommit upp i hög ålder eller lider av sjukdom. De har länge undrat vad som händer efter att intervjuerna avslutats och vilka åtgärder staten kommer att vidta med anledning av det som hänt. Den borgerliga regeringen tillsatte under förra mandatperioden en särskild upprättelseutredning som skulle titta på ersättningsfrågan, en offentlig ursäkt samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Upprättelseutredningen (SOU 2011:9 Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården) blev klar i våras och föreslog en offentlig ursäkt (ceremoni), ersättning till de drabbade samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Regeringen lämnade dock den 10 september 2011 besked om att de barn som vanvårdats i fosterhem inte skulle få någon ekonomisk ersättning. Vi protesterade mot regeringens besked. Sverige har som land en skyldighet att göra upp med det förflutna och ge dessa barn upprättelse. Vi måste ta deras berättelser på allvar och ge en tydlig signal om att detta inte får fortsätta att hända. Det har andra länder i liknande situation gjort. Upprättelseutredningen har ett genomarbetat förslag för ersättning till de drabbade. Efter regeringens besked den 12 september 2011 inleddes samtal mellan regeringen och oppositionen i frågan. Regeringen, Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet träffade den 28 september 2011 en ramöverenskommelse om personer som utsatts för övergrepp eller försummelse av allvarlig art i social dygnsvård mellan åren 1920–1980, enligt Upprättelseutredningens förslag. Överenskommelsen innebär att det tillskapas en särskild möjlighet till ekonomisk ersättning. Överenskommelsen har resulterat i en proposition i frågan som ska hanteras av höstriktsdagen 2012.

## Ungdomsmottagningar

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

Ungdomsmottagningarna arbetar på mycket olika premisser i olika delar av landet och ofta under osäkra förhållanden. Tillgängligheten varierar stort. Exempelvis är det under sommarmånaderna som mycket händer i ungdomars liv och då stänger upp till en tredjedel av ungdomsmottagningarna helt, ibland i många veckor. Antalet upptäckta klamydiainfektioner i åldersgruppen 15–29 år ökar under sensommar och höst, med en tydlig topp i september. I en stor studie från Göteborgs universitet om unga och sexualitet (Ungkab09) angav även de flesta unga själva att lättillgängliga mottagningar är en viktig förutsättning för det förebyggande arbetet. Vi föreslår en snabb kartläggning av ungdomsmottagningarnas öppettider och kompetens så att det blir möjligt att göra jämförelser och se om det behövs ytterligare åtgärder, till exempel en norm för tillgänglighet.

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

Det behövs ett brett och aktivt engagemang från många olika delar av samhället för att motverka hedersvåld och förtryck. Många ungdomar, främst flickor, som utsätts för hedersförtryck lever under mycket svåra förhållanden. Kunskapen hos berörda myndigheter måste kvalitetssäkras, samtidigt som tillgången till skydd och stöd till de utsatta måste fungera.

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll att möta, samtala, hjälpa och stödja ungdomar som lever med hedersproblematik och måste ha en beredskap och kunskap att kunna ge stöd i dessa frågor.

## Funktionshinderspolitik

Den svenska funktionshinderspolitiken är idag alltför passiv. Trots kvarstående problem och orättvisor för personer med funktionsnedsättning saknas

## Fel! Okänt namn på

nya mål och konkreta förslag från regeringens sida. Andra frågor än funktionshindersfrågorna prioriteras högre i regeringens arbete.

Funktionshindersfrågorna är i första hand rättighetsfrågor och inte vård- och omsorgsfrågor. Det finns en rad frågor som regeringen borde ta itu med och där flera olika departement samt riksdagsutskott måste involveras. Dagens lama och till intet förpliktande strategier och måltexter måste ersättas av handling. För det första bör man ändra lagstiftningen så att bristande tillgänglighet blir en diskrimineringsgrund i diskrimineringslagen. Detta har utretts flera gånger och färdigt utredningsförslag finns liksom fungerande exempel från andra länder. Regeringen måste återkomma med en proposition i frågan. För det andra bör LSS-reformen värnas. Många som har LSS vittnar om rädsla för att LSS-reformen på sikt ska försämrats på samma sätt som skett med sjukförsäkringen. För det tredje måste arbetet för att tillgänglighetsanpassa Sverige intensifieras. Arbetet har gått långsamt och satta mål har inte infriats. För det fjärde måste aktiva åtgärder sättas in för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning. Bland personer utan funktionsnedsättning är sysselsättningsgraden över 70 procent och bland dem som har en funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är den 50 procent. Inga förbättringar kunde noteras under förra mandatperioden trots prat om "arbetslinjen". Situationen är allvarlig. 207 000 personer med funktionsnedsättning var inskrivna hos Arbetsförmedlingen 2011 och det var en ökning med 17 000 personer jämfört med 2010. Det behövs bland annat kvalificerat, riktat och individanpassat stöd för att kunna vända på denna utveckling samt ett större ansvarstagande från bland annat offentliga arbetsgivare. För det femte behöver hjälpmedelsfrågan ses över. Tillgången till hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter.

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

Regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 presenterades sommaren 2011. Strategidokumentet är omfattande men

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

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

Regeringen har i budgetpropositionen lagt fram ett antal förslag för att hindra fusk med assistansersättning. Det är olyckligt att regeringen hanterar denna viktiga fråga som en detalj i budgetpropositionen. Det hade varit bättre om regeringen lagt en särskild proposition i frågan. Bakgrunden till ärendet är några uppmärksammade fall av rent bedrägeri när det gäller assistansersättning som ledde fram till en statlig utredning om hur man kommer åt fusk. Vi stöder regeringens intention att säkerställa att pengarna till assistans används korrekt. Vi stöder aldrig fusk och felanvändning av skattemedel. Det är en stöld och leder många gånger till misstänkliggörande av hela grupper när det i själva verket handlar om ett fåtal individers ohederliga agerande. Ett av förslagen kräver dock ett förtydligande, vilket påpekades redan i somras i samband med lagrådsremissen av de assistansberättigades organisationer. Enligt förslaget skall assistansanordnaren bli ersättningsskyldig om den enskilde använder sin assistans fel. Uppgiftslämnare kan knappast bli någon annan än assistenten. Det kan försämma en förtroendefull relation samtidigt som det tangerar den assistansberättigades självklara rätt till integritet. Det kan i grunden inte vara assistentens uppgift att avgöra vad som är "felanvändning". Det är däremot helt rimligt att säkerställa att Försäkringskassan informeras om faktiska förändringar som kan ha betydelse för assistansbehovet (till exempel sjukhusinläggning) men det bör tydligt redovisas i vilka situationer och vad

## Fel! Okänt namn på

assistansanordnaren ska rapportera så att inte den enskildes integritet och självbestämmande urholkas. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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

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

Samhället som helhet måste bli bättre på att samordna sina insatser kring människor med olika former av funktionsnedsättningar, till exempel genom koordinatörer som hjälper den enskilde med olika kontakter. En undersökning från RBU, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, visar att föräldrar till barn med funktionsnedsättning i genomsnitt hade kontakt med 17 personer kring sitt barns funktionsnedsättning och olika stödinsatser. Det är lätt att inse att detta är en orimlig situation. Informationen från de olika huvudmännen, främst Försäkringskassan och kommunerna, som administrerar samhällets stöd till dessa familjer är också bristande enligt samma undersökning. Efter ett förslag från Socialdemokraterna tillkännagav riksdagen under förra riksdagsåret för regeringen att de skulle starta en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har därefter fått ett uppdrag av regeringen att föreslå en försöksverksamhet. Uppdraget ska redovisas i januari 2013 och vi förutsätter att en försöksverksamhet därefter kan komma till stånd.

Sjukvårdens insatser för människor med funktionsnedsättningar måste också förbättras. Många patienter med rätt till en individuell vårdplan har ändå ingen sådan. Det är en fråga som landstingen måste prioritera högre. Patienterna har ofta själva stor kunskap om hur deras situation skulle kunna

förbättras, inte sällan med relativt enkla medel. Denna kunskap måste tas tillvara på ett bättre sätt än idag.

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

## Äldres vård och omsorg

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

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

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

Utmaningen är att garantera och klara en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund, även när de äldre successivt blir så många fler. Det finns de som målar upp en mörk bild av framtiden. De menar att när antalet äldre ökar kommer vi inte att ha råd med en gemensamt finansierad välfärd. De säger att var och en kommer att bli tvungen att betala mer ur egen ficka. Men så behöver det inte vara. Frågan om hur vi ska finansiera välfärden i framtiden är en genuint politisk fråga. Det går att utveckla en gemensamt finansierad vård och omsorg med hög kvalitet för alla äldre – det handlar om politiska prioriteringar och kraft. Det gör vi genom prioriteringar, ett aktivt folkhälsoarbete och genom att fler får möjlighet att arbeta. Unga måste komma in på arbetsmarknaden tidigare, frånvaro och "förtidspensionering" på grund av ohälsa måste förebyggas, nya svenskar måste få jobb snabbare och den som vill arbeta efter 65 år ska få göra det. Vi vill långsiktigt öka ambitionsnivån och de offentliga investeringarna i vården och omsorgen för att klara en bra välfärd också framöver. Alla äldre skall kunna känna trygghet i att vården och omsorgen fungerar och håller hög kvalitet. Vården och omsorgen skall vara för alla och ges efter behov, oavsett inkomst. De som kräver

## Fel! Okänt namn på

försäkringslösningar säger indirekt att alla inte ska/kan ha den vårdstandard som de själva anser nödvändig för egen del.

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

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

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

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

För att värna den äldres oberoende och möjligheter att bo så länge de vill och orkar i sin hemmiljö bör inriktningen vara att det blir lättare att få hjälp även om behoven inte är så stora att man har rätt till biståndsbedömd insats. Det ökar tryggheten, livskvaliteten och oberoendet för de äldre och är lönsamt på sikt för samhället. Flera kommuner har redan infört så kallad förenklad biståndsbedömning som gör att alla äldre över en viss ålder får ett antal hem-



## Fel! Okänt namn på

tjänsttimmar bara genom att anmäla sig. Det erbjuds bland annat i Örebro, Nordmaling och Linköping. Vi vill att fler äldre skall ha denna möjlighet.

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

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

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

Av de cirka 2 miljarder kronor som staten avsätter i stimulansbidrag till äldreomsorgen går 300 miljoner kronor till stimulansbidrag för byggande av fler platser i särskilda boenden. Det var en satsning som inleddes av den socialdemokratiska regeringen och som vi fullt ut stöder. Kvarboendepincipen har på många håll drivits för långt och det finns idag brist på lämpliga platser

## Fel! Okänt namn på

i särskilda boenden. Vi ser positivt på regeringens förslag att investeringsbidraget till särskilt boende även kan användas för byggandet av trygghetsboenden. Det är en boendeform som behöver utvecklas. Men utvecklingen av antalet platser i särskilt boende måste följas noga. Antalet platser fortsätter att minska och är nu nere i 92 200 platser, vilket är en minskning sedan 2006 med 6 400 platser. Det behövs ytterligare initiativ från regeringen på detta område mot bakgrund av kommande demografiförändringar med fler äldre samtidigt som det redan nu är kö till plats i särskilt boende i många kommuner.

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

Demens är en folksjukdom och den som är sjuk blir så småningom beroende av omgivningens insatser för vård och omsorg. I dag lever cirka 150 000 personer i Sverige med demens. Den stadigt ökade medellivslängden i Sverige, som egentligen är en stor framgång för välfärden, innebär att också antalet personer med demens kommer att öka. Om 25 år beräknas antalet demenssjuka ha stigit till över 200 000 personer. Det gör demens till en av de stora folksjukdomarna. Demens kallas ofta för de anhörigas sjukdom. Tillsammans med den som är sjuk känner också många anhöriga den rädsla, sorg och ångest som sjukdomen alstrar. Och den som är sjuk blir alltmer beroende av sin närmaste omgivning. God demensvård handlar både om insatser som riktar sig till den som är sjuk och om att utveckla stödet till anhöriga. Forskningen har gjort att vi idag vet allt mer, men för att kunskapen verkligen ska användas krävs satsning på kompetensutveckling. Det finns också ett stort behov av demenskunskap på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg. Vi vill verka för att alla personer som misstänks ha en demenssjukdom erbjuds en demensutredning.

Socialdemokraterna och de övriga oppositionspartierna i riksdagen röstade våren 2011 igenom att Socialstyrelsen fick i uppdrag att komplettera de nationella riktlinjerna för vård av demenssjuka med riktlinjer för bemanning i demensvården. Moderaterna, Folkpartiet, Centern och Kristdemokraterna reserverade sig. Bakgrunden var att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 saknade regler för bemanning. En rapport från Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum visade dock att det är fullt möjligt att fastställa riktlinjer för lämplig bemanning för vård av och omsorg om demenssjuka och hur det kan anpassas till lokala förhållanden. Bemanningen inom demensvården har ofta visat sig vara otillräcklig vilket bland annat Socialstyrelsen pekat på i sin tillsyn. Larm, larmattor och låsta dörrar kan vara nödvändigt men kan och ska inte ersätta människors närvaro och omsorg. Det är också otillfredsställande, inte minst för kommunerna, att Socialstyrelsen i sin granskning kan komma fram till att en kommun har för lite personal samtidigt som det saknas riktlinjer för vilken be-

maning som är rimlig. Socialstyrelsen har valt att inte arbeta vidare med riktlinjer för bemanning utan istället utfärda föreskrifter för bemanning; dessa gäller från och med 2014. Riksdagen har därefter i enighet bestämt att Socialstyrelsen ska göra motsvarande översyn av regler för bemanning i övriga äldreomsorgen.

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

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

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

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

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

## Fel! Okänt namn på

särskilt boende. I allt fler av landets kommuner är det kommunen som är ansvarig även för hemsjukvården även för dem som bor i eget boende och så bör det vara i alla kommuner.

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

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

Det finns stora behov av mer personal inom äldreomsorgen för att kunna ge möjlighet till ett rikt liv. En förutsättning för omsorg av hög kvalitet är kontinuitet, tillräckliga resurser och att äldreomsorgen är en attraktiv arbetsgivare.

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

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

Vi vill även göra det möjligt för undersköterskor att gå vidare och specialisera sig till exempelvis rehabiliteringsundersköterska eller demensundersköterska. Dessa specialiseringar bör vara nationella. Det behövs också fler specialistutbildade sjuksköterskor för att arbeta med äldre och sköra patienter och

det behövs fler geriatriker. Det kräver att det utbildas fler geriatriker för att tillgången blir lika god för äldre oavsett var i landet de bor. Geriatrik, gerontologi och demenskunskap bör ingå på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har i granskningar av äldreomsorgen påpekat att den fortsatt låga andelen omvårdnadspersonal med vårdutbildning inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen och att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet av yrkeskompetent omvårdnadspersonal och förbättra förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna. Vi delar den uppfattningen. Den socialdemokratiska regeringen satsade under tre år en dryg miljard på Kompetensstegen för anställda inom äldreomsorgen. Satsningen har varit mycket lyckad. Tyvärr var den borgerliga regeringen i flera år passiv när det gäller kompetensutveckling i äldreomsorgen. Först efter flera år ersattes Kompetensstegen av en liknande satsning.

Ytterligare åtgärder behövs dock både för att kompetensutveckla befintlig personal och rekrytera ny personal. Vi står inför mycket stora pensionsavgångar vilket ökar trycket på att rekrytera ny personal. Intresset för att söka gymnasial vårdutbildning har sjunkit dramatiskt och intresset måste öka betydligt om personalbehovet i äldreomsorgen ska kunna täckas på sikt. Om vi ska klara personalförsörjningen inom välfärden behöver breda insatser genomföras. Viktigast är att ge anställda möjlighet till heltid och fast anställning, men insatser behöver även göras för att locka unga att välja en framtid inom välfärdsjobben.

Kvaliteten i äldres vård och omsorg behöver stärkas. Därför föreslår vi för 2013 en särskild riktad äldresatsning på totalt 300 miljoner med följande innehåll:

- ? Vi föreslår ett stimulansbidrag på 100 miljoner till landstingen för att utveckla modeller och system som förbättrar omhändertagandet av svårt sjuka äldre patienter. För många äldre är det en stor och omständlig apparat att ta sig till sjukvården när man blivit sjuk och svag. Vi vill därför förbättra hemsjukvården, till exempel med hemläkarbilar så att vården enkelt kan komma hem till sjuka äldre. Vi vill även förbättra möjligheterna för direktinläggning och olika slags mellanvårdformer så att så få som möjligt tvingas vänta på akuten.
- ? Vi föreslår ett stimulansbidrag på 100 miljoner till kommunerna för intern fortbildning för personalen i äldreomsorgen som ett komplement till den tidsbegränsade statliga satsningen på kompetensutveckling som gäller till och med 2014 (och där Socialstyrelsen fördelar 244 miljoner år 2012). Personalens kompetensnivå är en av de viktigaste nycklarna för att höja kvaliteten inom äldreomsorgen.
- ? Vi föreslår också ett stimulansbidrag på 100 miljoner för de kommuner som inrättar eller utvecklar system där äldre i större utsträckning än idag får styra innehållet i den biståndsbedömda hemtjänsten eller gör det möjligt att få hjälp även om behoven inte är så stora. Syftet är att öka äldres oberoende och trygghet. Flera kommuner har redan infört så kallad förenklad biståndsbedömning som gör att alla äldre över en viss

**Fel! Okänt namn på**

ålder får ett antal hemtjänststimmar bara genom att anmäla sig. Vi vill att fler äldre skall ha denna möjlighet.

## Insemination för ensamstående

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

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

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

I dag är det bara kvinnor som lever i en parrelation, heterosexuell eller homosexuell, som har möjlighet att få tillgång till assisterad befruktning i Sverige. Dock är det vanligt att ensamstående kvinnor söker behandling på klinik i till exempel Danmark (men också andra länder), vilket gör att det redan i dag finns många barn i Sverige som tillkommit genom assisterad befruktning av ensamstående kvinnor.

Vi anser att ensamstående kvinnor bör få tillgång till assisterad befruktning. Det finns en bred uppslutning bland riksdagens partier kring detta krav. Det är olyckligt att övriga borgerliga partier tillåter Kristdemokraterna att blockera frågan.

Det finns ingen anledning att tro att de barn som tillkommit genom assisterad befruktning av en ensamstående kvinna skulle få dåliga uppväxtvillkor, mindre kärlek eller sämre uppfostran.

En bred majoritet i riksdagen beslutade den 29 mars 2012 att ge regeringen i uppdrag att skyndsamt återkomma med ett lagförslag till riksdagen som innebär att ensamstående kvinnor ska få rätt till assisterad befruktning. Vi förutsätter att regeringen inte drar ut på beredningsarbetet utan hör samman riksdagens tillkännagivande och skyndsamt återkommer med ett lagförslag i frågan.

## Könstillhörighetslagen

Behovet av en modernisering av könstillhörighetslagen har funnits i många år. Den dåvarande socialdemokratiska regeringen tillsatte en utredning i frågan och Socialstyrelsen presenterade för flera år sedan ett färdigt förslag till ny lagstiftning. Kristdemokraternas motstånd medförde tyvärr att frågan förhalades under flera år. Först våren 2012 kunde riksdagen fatta beslut om ny lagstiftning. Ändringarna i könstillhörighetslagen innebär att den som ansöker om fastställelse av ändrad könstillhörighet inte längre måste vara svensk medborgare och ogift. Förslaget från Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet att i enlighet med Socialstyrelsens förslag även ta bort steriliseringskravet vid könsbyte röstades ned i riksdagen av de borgerliga partierna och Sverigedemokraterna. Regeringen anger i sin proposition i frågan att de ska återkomma med ett förslag på denna punkt. Vi anser att det är olyckligt att borttagandet av steriliseringskravet drar ut på tiden. Vi förutsätter att regeringen återkommer med ett förslag i frågan så skyndsamt som möjligt i enlighet med riksdagens tillkännagivande:

Utskottet gör på samma sätt som regeringen bedömningen att det nuvarande kravet för fastställelse av ändrad könstillhörighet, dvs. att sökanden har steriliserats eller av annan orsak saknar fortplantningsförmåga, bör avskaffas. De rättsliga konsekvenserna av en sådan ändring utreds för närvarande skyndsamt av regeringen, som avser att återkomma till riksdagen med ett förslag till lagstiftning. Mot bakgrund av bl.a. Sveriges anslutning till konventioner och andra överenskommelser på området mänskliga rättigheter är det enligt utskottets mening mycket angeläget att kravet på sterilisering i könstillhörighetslagen tas bort så snart som möjligt och att den tidsplan som presenterats av regeringen följs. Utskottet utgår från att regeringens arbete med författningsändringarna sker så skyndsamt som möjligt så att de nya bestämmelserna är på plats senast den 1 juli 2013.

## Ekonomiskt bistånd (socialbidrag)

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

Behovet av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) halverades i det närmaste under en tioårsperiod. Men utvecklingen bröts under den förra mandatperioden och kostnaderna ökade. Lågkonjunktur kombinerat med en ineffektiv jobbpolitik och fördelningsspolitik från den borgerliga regeringen har lett till en försämrad utveckling för dem som har små ekonomiska marginaler. Ungdomsarbetslösheten är hög jämfört med andra länder. Regeringens försämringar av a-kasssystemet och sjukförsäkringen har också urholkat trygghets-

## Fel! Okänt namn på

systemen och förvärrat situationen. Från 2006 till 2011 har antalet långvariga biståndsmottagare (10 månader eller längre) ökat med hela 30 procent (från 84 142 år 2006 till 109 301 personer år 2011).

Socialbidragets konstruktion, med hundraprocentiga marginaleffekter, innebär att varje krona som tjänas räknas av från socialbidraget. Vi har i vår partimotion om budget för 2012 (och tidigare i rapportform) lagt förslag om att den som har socialbidrag i ett inledningsskede ska få en skattecredit vid övergång från socialbidrag till arbete och ser positivt på att sådana förslag kan genomföras med bred majoritet. Vi är övertygade om att denna förändring av regelsystemet stärker den enskilde och är till nytta för samhället.

Under flera år har de totala utbetalningarna av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) ökat. Utvecklingen fortsatte delvis även under 2011. Under hela året 2011 betalades 11,6 miljoner ut i ekonomiskt bistånd inklusive introduktionsersättning. Det är en minskning med fyra procent jämfört med 2010. Till biståndsmottagare som inte är flyktingar betalade kommunerna ut 10,1 miljarder under 2011. Det är en ökning med två procent jämfört med 2010. Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar under 2011 var 1,5 miljarder vilket är en minskning med 31 procent jämfört med 2010. Den största anledningen till denna minskning är att den statliga etableringsersättningen till flyktingar infördes den 1 december 2010. I statistiken redovisas procentuell förändring av utbetalt ekonomiskt bistånd till biståndsmottagare som inte är flyktingar. En jämförelse mellan 2011 och 2010 visar att 50 procent av kommunerna (144 stycken) har ökat sina utbetalningar.

Störst andel biståndshushåll finns bland hushåll med en ensamstående kvinna med barn. Av dessa fick 23 procent ekonomiskt bistånd någon gång under 2011. Av alla hushåll i Sverige fick 6 procent ekonomiskt bistånd. Det vanligaste biståndshushållet består av en man utan barn, men det är en vanlig hushållstyp också i befolkningen i stort. Det fanns 137 000 barn i hushåll som fick ekonomiskt bistånd 2011, motsvarande 7 procent av alla barn i landet. Knappt 3 procent av alla barn bodde i hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd.

Bland de knappt 277 500 personer som fick ekonomiskt bistånd 2010 hade 107 000 personer (38 procent) ett försörjningshinder som hade med arbetslöshet att göra. Otillräcklig eller ingen ersättning från sjukförsäkringen vid sjukdom var det näst vanligaste skälet och omfattade 31 000 personer (11 procent) av biståndsmottagarna. Det tredje vanligaste skälet var ”arbetshinder, sociala skäl” som omfattade 27 000 personer (10 procent).

## Överskuldssatthet

Antalet överskuldssatta i vårt land är stort. Ingen vet hur många barn som lever med föräldrar som är så kallade evighetsgäldenärer. Vi vet bara att det är ett stort problem. Överskuldssättning är ett allvarligt samhällsproblem.



Överskuldssatta människor löper ökad risk att slås ut socialt och har som grupp mer somatiska och psykiska sjukdomar än befolkningen i övrigt.

Kommunerna har en viktig roll när det gäller budget- och skuldrådgivning. Kronofogden har också en betydelsefull roll för att hjälpa skuldssatta som får sin första skuld lämnad till Kronofogden för indrivning att inte återkomma med nya skulder. Information om konsekvenserna av skuldsättning gör att en klar majoritet av dem som fått informationen inte återkommer med nya skulder. Drygt 5 300 djupt skuldssatta personer fick under 2011 skuldsanering och därmed möjlighet att bli ekonomiskt aktiva medborgare igen.

Sms-lånen är en företeelse som socialtjänsten och Kronofogdemyndigheten uppmärksammat i olika sammanhang. Under första halvåret i år fick Kronofogden in 24 377 anmälningar om obetalda sms-lån, en ökning med 70 procent jämfört med samma period i fjol. Den positiva trenden av ungdomars minskande andel av ansökningarna har brutits. Från 2006 ökade antalet ärenden som gäller obetalda sms-lån, med en klar överrepresentation av unga vuxna. Våren 2010 förändrades det och antalet ansökningar minskade kraftigt, en trend som höll i sig och förstärktes under första halvåret 2011. Men andra halvåret 2011 började antalet obetalda lån öka igen och är nu större än någonsin. Framför allt är det enligt Kronofogden kreditprövningen som brister. I en genomgång som Kronofogden gjort av 600 anmälningar konstateras att 32 procent av de som fått lån redan hade betalningsanmärkningar eller var restförda för skulder hos Kronofogden. Bland ungdomarna var den siffran hela 70 procent. Också tillgängligheten har ökat, samtidigt som sms-låneföretagen har en aggressiv marknadsföring. Den nya konsumentkreditlagen har inte inneburit den åtstramning man hoppats på, och trots domslut om att företagen inte får marknadsföra sig med snabbhet som argument finns företag som jobbar precis så. Kronofogden vill att reglerna skärps ytterligare och att Finansinspektionen får ett tillsynsansvar.

Många kommuner klarar inte av att ge överskuldssatta hjälp inom rimlig tid. Enligt en rapport från Konsumentverket i april 2011 kunde 173 av de 284 kommuner som har budget- och skuldrådgivning leva upp till Konsumentverkets krav om högst en månads väntetid. Väntetiden för att få träffa en budget- och skuldrådgivare varierade kraftigt mellan kommunerna. Det rörde sig om allt från ingen kötid alls till 40 veckor.

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

Fel! Okänt namn

## Barnfattigdom

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

I grunden är barnfattigdomen ett arbetsmarknads- och utbildningsproblem. Det finns strukturella orsaker till att arbetsmarknaden har förändrats, vilket betyder att den som för några decennier sedan hade haft relativt enkelt att få jobb, idag har det mycket svårare. Låg utbildning hos föräldrarna ökar risken för barnfattigdom markant därför att dagens arbetsmarknad ställer högre krav. Kvinnors sysselsättning har också minskat och sysselsättningen för kvinnor med utomeuropeisk bakgrund är så låg som 50 procent. Bland kvinnor i arbetaryrken har bara hälften en heltidsanställning i grunden innan de får barn, vilket betyder att det kan vara svårt att öka arbetstiden och inkomsten när barnen blir lite äldre.

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

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

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

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

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

## Spelberoende

Spel där man kan vinna pengar är en mycket omfattande verksamhet i de flesta länder. I Sverige omsatte den reglerade spelmarknaden 42 miljarder kronor per år 2011. Utöver den reglerade spelmarknaden förekommer ett omfattande spel på sajter som ägs av bolag som inte har tillstånd i Sverige. Deras marknadsandelar är (enligt Svenska Spel) cirka tio procent av den totala kända spelmarknaden.

För de flesta människor är spel ett roligt och hanterbart nöje men för en del människor har också spelet en baksida. Den består av skuld och lögn inför familj, vänner och närstående samt i slutändan ekonomiska problem. Man räknar med att cirka 1,4 procent av svenska folket har problem med spel och 0,5 procent har så stora problem att de räknas som spelberoende. Tidigare undersökningar har visat att problemspelande är betydligt vanligare bland män men Folkhälsoinstitutets senaste undersökning från i år visar att kvinnors problem med spel ökar och att skillnaden mellan män och kvinnor när det gäller spelproblem minskar. Hälften av de nya problemspelarna är kvinnor. Vid förra mätningen utgjorde de bara en fjärdedel. En orsak till ökningen kan vara att den riktade marknadsföringen till kvinnor har ökat. För många människor kan ett spelberoende leda till allvarliga konsekvenser. Spelberoende kan på många sätt likna alkoholism och narkotikaberoende. Den som är spelberoende tänker ständigt på spel, blir rastlös eller irriterad när han eller hon försöker begränsa sitt spelande. Ofta leder spelberoende till ett liv av stora lögn för att dölja vidden av sitt spelande. Spelproblem bidrar till försämrad psykisk hälsa och familjeproblem. Vi socialdemokrater är för en statligt reglerad spelmarknad. Oreglerade internetspel bör motverkas.

## Fel! Okänt namn på

Spelmarknaden förändras snabbt och stora belopp satsas av spelbolagen på spelutveckling och marknadsföring. Den kraftigt ökade tillgängligheten av spel gör att beroende kan utvecklas mycket snabbt. Eftersom spelproblem är ojämnt fördelat i befolkningen kan sårbara grupper som unga och ekonomiskt utsatta drabbas mycket hårt. Därför måste man följa utvecklingen av spelmarknaden och analysera dess konsekvenser för enskilda och för samhället. Riksrevisionen redovisar i en granskningsrapport från 2012 att färre personer spelar för alltmer pengar. Under 2008/2009 hade cirka 70 procent av befolkningen spelat under året, medan motsvarande siffra 1997/98 var cirka 88 procent. Det reglerade och oreglerade spelandet har ökat med cirka 16 procent i volym mellan åren 2003 och 2011. Olika typer av spel har olika riskpotential, vilket innebär att det verkar finnas högre risk att utveckla spelproblem om man spelar på vissa typer av spel jämfört med andra. Folkhälsoinstitutets undersökning från 2012 visar att spelande på spelautomater samt olika typer av internetspel medför hög risk.

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats under det senaste decenniet. Andelen problemspelare har fördubblats bland män 18–24 år och bland kvinnor 25–44 år. Samtidigt har spelproblemen minskat bland pojkar 16–17 år, vilken var den grupp som hade mest problem med spelandet för tio år sedan. Andelen problemspelare har även minskat bland män 45–64 år och kvinnor 18–24 år.

Det är viktigt med rådgivning, hjälp och stöd till dem som drabbats av spelandets negativa effekter. Det är också rimligt att politiken på olika sätt försöker begränsa tillgängligheten till spel, inte minst för minderåriga. De internationella bolag som vill verka i Sverige bör anpassa sig till svenska krav och stå under svensk myndighetskontroll. Utländska bolag erbjuder i dag internetspel i Sverige utan tillstånd och utan kontroll av svenska myndigheter. Spelmarknaden har genom detta blivit ”vilda västern” där vissa aktörer följer svensk lag medan andra agerar helt utanför regelverket. Vi anser därför att ett antal internetspel bör öppnas för licenser och därmed omfattas av svensk tillsyn och krav på spelansvar (till exempel åldersregler, krav på avstängningsmöjligheter och gränssättning i tid och insatser). Vi har i en motion till kulturutskottet föreslagit att den nya spelmyndigheten ska ansvara för forskning kring spelmissbruk.

Spelmissbruk har likheter med andra missbruksproblem. I Socialstyrelsens riktlinjer om missbruks- och beroendevård omfattas alkohol och narkotika. Ansvar för övriga beroenden som spel, sex och mat ligger hos Folkhälsoinstitutet. Att ansvaret är delat trots den snarlika problematiken kan bidra till att det kan vara svårt för den spelberoende som inte faller under socialtjänstlagen att få hjälp från kommunen till den vård som behövs för att bryta sitt spelmissbruk. Det finns klienter som nekats behandlingshjälp av kommunen mot spelmissbruk men som överklagat och fått rätt i domstol. Kommunerna behandlar dessa frågor ganska olika. Ett 40-tal kommuner har idag inga behandlingar alls och de som finns är mycket olika. Folkhälsoinstitutet har i en folkhälsorapport till regeringen påtalat problemet och att behandlingar är mycket ojämnt fördelade i landet. Folkhälsoinstitutet har under de senaste åren förde-

lat drygt 41 statliga miljoner kronor i utveckling, kartläggning och drift av öppenvårdsbehandlingar.

Det finns idag en uppsjö olika inriktningar, såsom KBT, motiverande samtal och par- och familjebehandling, för unga och vuxna som blivit beroende av olika spel. En del terapier har visat sig inte ge några resultat. Metoder och terapier som inte fungerar måste utmönstras, både för vårdtagarens skull och av omsorg om skattebetalarnas pengar.

Det finns totalt sett en begränsad kunskap om orsakerna till spelmissbruket och hur missbruket ska behandlas. Det behövs mer forskning samt stöd för rådgivning och behandling kring spelmissbruk och spelmissbrukare. Det är nödvändigt att fortsätta och vidareutveckla de satsningar som den förra regeringen gjorde på detta område. När regeringen tillsatte missbruksutredningen valde man att ta med alkohol, narkotika, dopning och läkemedel – men inte spelberoende. Både Socialstyrelsen, kommunerna och landstingen behöver skaffa sig bättre strategier för att stödja spelmissbrukare och deras anhöriga.

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

Bland förslagen från Folkhälsoinstitutet i 2010 års folkhälsopolitiska rapport märks en omreglering av spelmarknaden och en nationell handlingsplan mot spelproblem. Vi delar Folkhälsoinstitutets bedömning. Det är viktigt att utveckla och samordna samhällets förebyggande insatser mot spelproblem. Mot denna bakgrund föreslår vi att det upprättas en nationell handlingsplan mot spelproblem. Sådana planer finns redan i en del andra länder, till exempel Norge och Nya Zeeland.

## Hemlöshet

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

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

## Fel! Okänt namn på

ende. 13 900 personer bodde i långsiktiga boendelösningar (försöklägenheter, träningslägenheter, sociala kontrakt med mera) och 6 800 personer i eget ordnat, kortsiktigt boende.

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

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

Det finns uppseendeväckande många barnfamiljer bland dem som vräks från sin bostad. Vanligaste orsaken till vräkning är hyresskuld. Regeringens mål i hemlöshetsstrategin från 2007 om noll vräkningar av barnfamiljer inom två år har inte på något sätt infriats. Förverkligandet av målet är fortfarande långt borta. Under 2011 ökade antalet vräkningar av barnfamiljer med fem procent (till 663). Den arbetsgrupp Socialdepartementet själv tillsatte 2010 för att titta på frågan klagade offentligt vid årsskiftet 2011/12 på att regeringen inte agerar i frågan.

Det är ett oerhört stort ingrepp i en ung människas liv när familjen vräks från sin bostad. De kompisar och det nätverk man bygger upp som barn försvinner. Det är också förknippat med mycket skam och ibland rena tragedier. Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer för hur kommunerna ska förhindra att barnfamiljer vräks. Rekommendationerna handlade bland annat om att snabbare hitta familjer som hotas av vräkning och direkt hjälpa dem med till exempel ekonomisk rådgivning. Inga barn ska behöva tvingas bort från sina hem. För att hindra att barnfamiljer vräks och hamnar utanför den ordinarie bostadsmarknaden är det viktigt att kommunerna arbetar förebyggande. Trots det saknar sex av tio kommuner en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur socialtjänsten ska förhindra att barnfamiljer vräks. Det framkommer av Socialstyrelsens öppna jämförelser av hur kommunerna år 2011 arbetade mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.

Barn ska alltid prioriteras. Det finns regler om att en hyresvärd skriftligt ska meddela socialtjänsten när en barnfamilj hotas av vräkning. Socialtjänsten ska omedelbart utse en handläggare som kontaktar hyresvärden och familjen som är uppsagd. Familjen ska ges den ekonomiska rådgivning eller sociala insatser som behövs. Men i verkligheten fungerar inte detta alltid. Socialtjänsten får fortfarande i allt för många fall för sen information eller ingen information alls om att en barnfamilj ska vräkas bland annat för att informations-skyldigheten inte täcker alla situationer.

## Fel! Okänt namn på

I en del fall leder också brister i kommunens hantering och rutiner till att åtgärderna uteblir. Socialtjänsten måste handla snabbt och aktivt, särskilt när det är barn inblandade. Barnombudsmannens granskning av situationen i olika kommuner visade på stora skillnader. Några av dem har ett dokumenterat förebyggande arbete när det gäller vräkningar och antalet barn som vräks är lika med noll. I andra kommuner går utvecklingen åt fel håll. Enligt regeringens budgetproposition har 39 procent av kommunerna rutiner för ett förebyggande arbete med målsättningen att förhindra vräkning av barnfamiljer. Det är en låg siffra. Att upprätta särskilda kommunala handlingsplaner för att förebygga och motverka vräkningar och hemlöshet har visat sig vara ett effektivt sätt att utveckla och samordna arbetet. En handlingsplan kan till exempel omfatta rutiner för ett aktivt och organiserat uppsökande arbete, reglera hur parterna ska samverka och hur socialtjänstens interna rutiner ska se ut med ett särskilt ansvar för barn (även umgängesbarn) som riskerar vräkning. Det skall vara ett krav att fastighetsägaren/hyresvärden anmäler samtliga vräkningar till socialtjänsten i kommunen innan vräkningen verkställs. Om det finns barn i hemmen är anmälan extra viktig. Socialtjänsten ska då ha mottagit anmälan, aktiverat ärendet och getts rimlig tid för agerande.

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

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

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

**Fel! Okänt namn på**

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

Stockholm den 1 oktober 2012

*Lena Hallengren (S)*

*Christer Engelhardt (S)*

*Lennart Axelsson (S)*

*Gunnar Sandberg (S)*

*Ann Arleklo (S)*

*Catharina Bråkenhielm (S)*

*Meeri Wasberg (S)*