

# Motion till riksdagen 2020/21:3141

av **Ebba Busch m.fl. (KD)**

## En hälso- och sjukvård att lita på

---

### Innehållsförteckning

Förslag till riksdagsbeslut.....	3
Inledning.....	6
En hälso- och sjukvård att lita på .....	7
Statligt huvudansvar för sjukvården.....	8
Vård efter behov .....	10
Inrätta en nationell vårdförmedling .....	11
Kraftigt stärkt vårdgaranti och permanent nationell vårdförmedling .....	12
En god och nära vård.....	13
En primärvårdsreform.....	14
Nationella beslut för ökad tillgänglighet .....	14
Personcentrering centralt i en god nära vård .....	15
Återinför patientansvarig läkare och ett tak för antalet listade patienter .....	16
Utveckla 1177 och få en fungerande triagering.....	16
Förstärkt hälsofrämjande arbete genom primärvården .....	17
Rehabilitering .....	18
En reformerad och utökad kömiljard.....	18
Vårdplatser på sjukhusen.....	19
Regionala cancercentrum (RCC) och den nationella cancerstrategin .....	19
Tidiga och förebyggande insatser mot cancer .....	20
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	21
Sällsynta sjukdomar.....	21
Tryggare förlossningsvård och eftervård.....	22
Nationellt ansvarstagande för förlossningsvården – mål och kompetenscentrum.....	22
Nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador.....	23

Eftervård med hembesök .....	23
En mamma-rehab-check .....	23
Ökad bemanning inom förlossningsvården .....	23
Fast barnmorska – ett barnmorsketeam genom hela vårdkedjan .....	24
Patienthotell inför stundande förlossning .....	24
Samtalsstöd .....	24
Nationell process för nya investeringar .....	25
Digitalisering inom hälso- och sjukvården .....	26
Precisionsmedicin .....	27
Spetspatienter .....	28
Bättre förutsättningar för vårdpersonal .....	29
Lagstadgad rätt till fortbildning .....	30
Minska administrativa krav .....	30
Tandvård .....	31
Tandhälsan bland barn och unga .....	32
Klagomål och brister inom tandvården .....	33
Förstärkning av Patientlagen .....	34
Tandvården i spåren av corona .....	34
Organdonation .....	35
Statens medicinsketiska råd Smer .....	35
Nej till dödshjälp .....	36
Värdig vård i livets slutskede .....	37
Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede? .....	38
Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet .....	38
Hospice – hemlik vård i livets slutskede .....	39
Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning .....	39
Surrogatmödraskap .....	41
Abort .....	42
Ungdomsmottagningar och preventivmedel .....	44
Fosterdiagnostik .....	44
Etiska dilemman för personal i vården .....	46
Mångfald av utövare .....	47
Generell tillståndsplikt .....	48
Inför en rimlig kostnad för tillståndsprövning hos Ivo .....	49
Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare .....	49
Fond för idéburen vård och omsorg .....	50
Inspektionen för vård och omsorg .....	52

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en parlamentarisk utredning som ser över ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten ska ha huvudansvar för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett nationellt ramverk för ersättnings- och avgiftssystem som stöder behovsstyrd vård och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en nationell vårdförmedling och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en statlig informationskampanj om rätten att söka vård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kraftigt förstärkt vårdgaranti och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin ska omfatta patientens hela vårdförlopp och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en permanentad nationell vårdförmedling och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt primärvård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell definition av primärvårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av fler allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att läkarna i primärvården framför allt måste få ett tydligare uppdrag att hantera vården för multisjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om uppföljning av primärvårdsreformerna och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) och rätt till en fast läkarkontakt och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sätta tak för antalet listade patienter per läkare och vårdcentral och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om 1177 och förstärkt triagering och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkt hälsofrämjande arbete inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att teambaserade och strukturerade rehabiliteringsinsatser finns tillgängliga i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdatera och förbättra kömiljarden och tillkännager detta för regeringen.

20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att pröva en modell med en prestationsbaserad ersättning för att skapa tillräckligt med vårdplatser inom sjukhusvården och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regionala cancercentrum (RCC) och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder för att utrota livmoderhalscancer inom fem år och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kvinnor över 64 år också ska erbjudas screening som mammografi och cellprov och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett kompetenscentrum och nationella mål för förlossnings- och eftervården och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om eftervård med hembesök samt en mamma-rehab-check och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka bemanningen inom förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fast barnmorska genom hela vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om betald vidareutbildning för sjuksköterskor till barnmorskor och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om patienthotell inför förlossningen och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samtalsstöd och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om digitalisering inom vården och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättringar för vård vid sällsynta sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell process för nya investeringar och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skyndsamt säkerställa att nationella standarder och terminologi för all digital information inom hälso- och sjukvården införs i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tydligare patientperspektiv i kvalitetsregistren och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge patienter äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformation och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning angående hantering av integritetskänsliga data inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö och minskad administration för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.

41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för vårdirken och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda ett statligt stöd för förbättrade anställningsvillkor för sjuksköterskor och läkare i glesbygd och på landsbygd och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till kontinuerlig fortbildning av god kvalitet för all legitimerad personal och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en informationssatsning i fråga om tandvårdsförsäkringen och en översyn av högkostnadsskyddet och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tandhälsan hos 6-åringar och 19-åringar och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om avgiftsfri tandvård upp till 20 år och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt patientsäkerhet i tandvården och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkning av patientlagen i syfte att ge tillräcklig information och dokumentation av samtycke inom tandvården och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stöd till privattandvården i spåren av coronapandemin och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av skyndsamt förbättrade möjligheter till organdonation och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillföra större ekonomiska resurser till Smer och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om palliativ vård och om införande av palliativ medicin som en egen specialitet och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av fortsatt forskning om samt stärkt skydd av barn som tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller och befruktade ägg och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa upprätthållandet av gränsen för sena aborter och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ungdomsmottagningarna bör bli delaktiga i skolans sexualundervisning och tillkännager detta för regeringen.

60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att skyndsamt utreda behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fördelarna med en mångfald av aktörer inom välfärdssektorn och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av generell tillståndsplikt och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast reducera kostnaden för tillståndsprövning hos IVO och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fond för idéburen vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Inspektionen för vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.

## Inledning

Hälso- och sjukvården befinner sig i en mycket besvärlig situation. Pandemin till följd av coronaviruset medför konsekvenser som kommer påverka patienter och personal under lång tid. Tillgängligheten till vården har sjunkit rejält och rekordmånga människor har väntat mer än 90 dagar på operation eller besök hos specialist. För närvarande är det 157 000 patienter som har väntat olagligt länge på beslutad operation eller första besök hos specialist. Vårdgarantin anger 90 dagar som gräns efter en medicinsk bedömning. Belastningen på hälso- och sjukvården har varit enorm och konsekvenserna för patienterna och vårdens medarbetare går ännu inte att överblicka. Samtidigt måste det understrykas att de brister i tillgänglighet vi ser nu också fanns tidigare. Alltsedan 2014 har köerna inom hälso- och sjukvården, mätt genom vårdgarantin, ökat kraftigt.

I det akuta läge som är nu menar Kristdemokraterna att först och främst måste den ansamlade vårdskulden hanteras så att en balans uppnås. Vi lämnar därför förslag på hur vi gemensamt bäst hanterar den uppkomna situationen. Parallellt med det behöver erfarenheterna från pandemin tas tillvara. Kristdemokraterna föreslog tidigt att en kommission behövdes och regeringen har sedan tillsatt en sådan vilket är positivt. De brister i beredskap som synliggjorts behöver tas om hand så att vi står bättre rustade framåt. De positiva effekter som uppkommit inom vården måste också tas tillvara, exempelvis den kraft som synliggjordes när medarbetarna själva snabbt styrde om och möjliggjorde en fördubbling av antalet intensivvårdsplatser. Vidare har vissa administrativa rutiner förenklats eller tagits bort. En återgång till tidigare rutiner bör därför inte ske om det är mer ändamålsenligt att klara sig utan dem.

Kristdemokraterna anser att staten ska få huvudansvaret för hälso- och sjukvården så att det ges bättre förutsättningar för en jämlik vård. Uppdelningen i 21 regioner fungerar dåligt. Vid sidan av ett statligt huvudansvar måste reformen för en god nära vård genomföras sammanhållet och långsiktigt. Förlossningsvården måste stärkas och en fungerande eftervård möjliggöras i hela landet.

I denna motion redovisas Kristdemokraternas syn på hälso- och sjukvården. Vidare presenterar vi särskilda motioner om Äldreomsorg, Psykisk hälsa, Folkhälsa, ANDTS,

Läkemedel och apotek, Funktionshinderpolitik respektive Socialtjänst inom utgiftsområde 9.

## Kristdemokraternas grundsyn

Kristdemokraternas politik utgår från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och den som har störst behov ska ges företräde i vården. Hälso- och sjukvården ska kännetecknas av värdighet, kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet.

Myten om den perfekta människan som ideal och norm riskerar att bli ett hot mot viktiga värden som delaktighet och solidaritet. Politiken måste förankras i en människosyn som både tillmäter människan ett absolut och okränkbart värde och erkänner att alla människor är olika med olika begåvning, intressen och förutsättningar. Den judisk-kristna människosynen uppfyller dessa krav. Vården och omsorgen ska ha en helhetssyn på människan som tar hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov. Ett mål för vården och omsorgen bör vara att varje människa ska kunna känna välbefinnande och meningsfullhet.

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

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg är därför nödvändig. Såväl enskilda patienter/brukare som patient- och intresseorganisationer kan bidra till att vi hittar de bästa metoderna för personcentrerad vård och omsorg. Därför behöver det fortsatta arbetet mer påtagligt inkludera patienter och brukare. Rätten att bestämma över sin vardag upphör inte vid en viss ålder. En åsrikt person har, precis som yngre, individuella behov som inte kan tillgodoses i en mall. Mycket har gjorts de senaste åren för att utforma vården och omsorgen utifrån den enskilda människans behov. Men mer behöver göras.

## En hälso- och sjukvård att lita på

En av de viktigaste principerna för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska få vård på lika villkor. Svensk hälso- och sjukvård håller en mycket hög medicinsk kvalitet, ofta rankad i världsklass. Samtidigt har den svenska hälso- och sjukvården stora och tilltagande problem. Det finns oacceptabla skillnader i medicinska resultat och kvalitet. Vårdköerna växer.

Man ska kunna lita på vården. Hälso- och sjukvården ska hjälpa oss att må bra och ge vård när vi blivit sjuka. Det innebär att hälso- och sjukvården har både ett hälsofrämjande och ett vårdande uppdrag. En god nära vård måste byggas ut samtidigt som

koncentration av högspecialiserad vård görs. Det sistnämnda måste genomföras utan att riskera de regionala akutsjukhusens existens. Sammantaget är det ett gediget reformarbete som är i sin linda och kräver en fast styrning både nationellt och regionalt.

Hälsofrämjande insatser måste utvecklas. Varje person har ett eget ansvar, men flera samhällssektorer måste bidra för att alla människor ska ha en god psykisk hälsa och för att preventiva insatser ska fungera. Det är många människor som berättar om att de mår dåligt, de saknar en god psykisk hälsa. En del drabbas av depression och ångest, andra är drabbade av svår kronisk sjukdom som påtagligt försämrar deras psykiska hälsa och livskvalitet. Det innebär att hälso- och sjukvården måste klara både det breda hälsofrämjande uppdraget och att ge vård till svårt kroniskt sjuka, såväl psykisk som somatisk sjukdom.

## Statligt huvudansvar för sjukvården

Om vi idag stod inför beslut om hur hälso- och sjukvården ska organiseras skulle knappast någon komma på tanken att dela upp den i 21 självstyrande regioner. Idén skulle framstå som helt ologisk. Verkligheten har helt enkelt sprungit ifrån en uppsplittrad organisation. Pandemin har också synliggjort de behov som finns av att nationellt kunna samordna och leda under en kris. Kristdemokraterna anser att staten ska ta över huvudansvaret för sjukvården.

En större reform behöver startas men den är komplex, kommer att ta tid och kräva betydande utredningsarbete. Därtill krävs grundlagsändringar. En förändrad styrning av hälso- och sjukvården måste påbörjas och bör ske i flera steg. Men den svenska hälso- och sjukvården kan inte passivt avvakta och vänta på en förändring. De politiska besluten måste därför ha ett långsiktigt perspektiv och samtidigt förhålla sig till de mer eller mindre akuta problem som finns i dagens hälso- och sjuksjukvård med bristande kompetensförsörjning, ojämlikhet och ekonomiska underskott. Ett första steg kan vara att säkra en jämlik tillgång till läkemedel oavsett i vilken region man bor. Vidare behöver utvecklingen inom den s.k. precisionsmedicinen ske samordnat så att de medicinska bedömningar som görs bygger på vad som är det bästa för patienten och inte på om regionen anser sig kunna finansiera de oftast kostsamma och effektiva behandlingar som möjliggörs genom precisionsmedicinen.

Den moderna sjukvården är enormt kunskapsintensiv och komplex. Den är tätt länkad till forskningen och behöver ha en struktur som möjliggör tillräckligt med klinisk forskning, stabila processer för införande av nya terapier och genomförandet av nationella riktlinjer som utvecklas av professionerna. Det innebär att det ställs höga krav på möjlighet till utbildning och fortbildning för vårdens medarbetare. Kostsamma inköp, drift och underhåll av högteknologisk utrustning blir en allt tyngre kostnadspost för huvudmännen, liksom ständigt ökande kostnader för nya innovativa behandlingsmetoder och effektivare läkemedel. För att hälso- och sjukvården ska vara effektiv och patientsäker krävs därför stor skattekraft, tillräckligt patientunderlag och en professionell ledning och styrning.

Tillsammans med ovanstående utmaningar står vi inför en mycket stor demografisk utmaning där såväl antalet som andelen äldre kommer att öka mycket kraftigt i befolkningen. Redan idag finns betydande problem med ojämlikhet. Väntetider, kvalitet och till och med dödlighet i allvarliga sjukdomar varierar beroende på bostadsort. En rapport



på uppdrag av Cancerfonden 2018 visar dessutom att trots att risken för att drabbas av någon form av cancer i princip är densamma oavsett socioekonomisk status, är dödligheten 35 till 40 procent högre bland patienter med låg utbildning.

Tack vare en professionell, lojal och hårt arbetande personal får de svårast sjuka patienterna i regel en god vård. Men framtidsutmaningarna kan inte mötas med mer övertid, mer hyrpersonal och färre vårdplatser. Vi måste säkerställa att vi har en välfungerande hälso- och sjukvårdsorganisation, inte minst i syfte att minska diskriminering av resurssvaga individer som idag inte alltid får ta del av den bästa vården.

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” – så lyder inledningen på portalparagrafen i den hälso- och sjukvårdslag som ytterst styr vårdens verksamheter. Befolkningen förväntar sig också att systemet strävar efter en jämlik vård för alla invånare i landet. Men idag kan en patient i en region räkna med en viss tillgänglighet och vissa behandlingsresultat, medan en annan patient i en annan region får utstå helt andra, sämre eller bättre väntetider och/eller behandlingsresultat.

De öppna jämförelser och de kvalitetsregister som finns visar att svensk hälso- och sjukvård presterar en hel del goda resultat. Men ojämlikheter kvarstår alltså mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän. Ibland kan skillnaderna i utfall till och med vara stora inom en och samma region. Argumenten för att bibehålla dagens decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem blir allt svagare. Svensk sjukvård har goda medicinska resultat trots – inte tack vare – indelningen i regioner. Bristerna i likvärdighet har gjort att SKR startat ett viktigt arbete med nationella programområdesgrupper i syfte att göra vården mer jämlik och bygga på bästa tillgängliga kunskap. Samtidigt visar detta att vi närmar oss en fas där såväl SKR:s arbete som Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer m.m. behöver en samordning så att de goda intentionerna inte tappas bort genom mängden olika styrdokument.

Hälso- och sjukvård är en mycket komplex och snabbt föränderlig verksamhet med behov av välfungerade samverkan mellan professioner, vårdnivåer och huvudmän. Vi har en snabb utveckling av banbrytande medicinska framsteg. Sjukvården konkurrerar om experter som är eftertraktade i hela världen. Graden av specialisering ökar alltså inom professionen, och sjukvården blir alltmer högteknologisk. Den vetenskapliga litteraturlagern Pubmed innehåller i dag över 29 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur. Varje minut tillkommer nya medicinska artiklar. Inom vissa områden har halveringstiden på relevant klinisk information uppskattats till fem år. Det är uppenbart att en verksamhet av dagens hälso- och sjukvårdskaraktär måste ha en exceptionell styrning och professionell organisation. Det finns, mot denna bakgrund, knappast några skäl att tro att 21 olika huvudmän ska kunna hålla sig uppdaterade om den senaste kunskapsutvecklingen och bedriva framtidens vård på ett framgångsrikt och jämlikt sätt. Därför är mer av samordnad utveckling angeläget.

Många regionpolitiker har en mycket svår – för att inte säga omöjlig – uppgift när det kommer till att förbättra hälso- och sjukvården. De är satta under en stark ekonomisk press, utan fullgoda möjligheter att följa upp och analysera sin verksamhet på djupet. Många små regioner – med några hundratusen invånare – är för små för att uppåtda den särskilda styrning som behövs. Regionpolitikerna gör en imponerande insats, de dåliga förutsättningarna till trots.

En förutsättning för att en reform av sjukvårdens ansvarsfördelning blir framgångsrik är att den baseras på ändamålsenliga och tillfredsställande konsekvensberedningar. Effekterna för patienterna, staten och nuvarande huvudmän måste belysas. Kristdemokraterna

föreslår därför att det tillsätts en parlamentarisk utredning. Utredningen ska klarlägga och överväga förslag på ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan stat och nuvarande huvudmän med målet att uppnå en patientcentrerad och sammanhållen, effektivare och jämlik vård i hela landet.

## Vård efter behov

Hälso- och sjukvården ska organiseras med människors behov i fokus. Det är vård på lika villkor och efter behov som är grunden för hela hälso- och sjukvården.

Patienternas behov ser olika ut. En del har behov av en slags funktion. De söker utifrån en mer specifik åkomma eller besvär. De efterfrågar en funktion som möter deras behov just då. Andras behov handlar mer om relation. Deras behov av hälso- och sjukvård innebär att en relation över tid är nödvändig, kanske därför att man lever med en kronisk sjukdom eller har flera sjukdomar och är vad som ofta kallas multisjuk. Eller så kanske man just inlett en behandling som kommer pågå lång tid. En behandling som kommer kräva många olika insatser och som ska samordnas mellan olika vårdinstanser.

Vi behöver en organisation som klarar både funktion och relation. En hälso- och sjukvård som i grunden bygger på relation därför att de mest vårdbehövande behöver upprepad vård över tid. Då är en fast läkarkontakt och en god kontinuitet nödvändigt. Men en effektiv och ändamålsenlig vårdorganisation måste också klara av att möta behovet hos de patienter som enbart söker en funktion vid det enstaka tillfället.

Det är i det perspektivet nya lösningar växt fram de senaste åren. Det är den goda nära vården. Det är digitala lösningar. Det är samverkan på riktigt kring svårt sjuka personer. Inte minst har samverkan satts på prov och stärkts under coronapandemin.

1177 Vårdguiden på Internet har möjlighet till goda funktioner för den som är vårdsökande och kan styra till rätt vårdnivå. 1177 finns också som telefonkontakt där jag får samtala med en erfaren sjuksköterska som hjälper mig hitta rätt. Bedöma rätt vårdnivå så att patienten söker vård på rätt plats och inte sitter på akuten i timmar för något som kan hanteras på vårdcentralen. 1177 behöver utvecklas ordentligt så den blir tillgängliga för alla och har korta svarstider.

Att den vårdsökande först möter någon form av bedömning innan man får träffa sjuksköterskan eller läkaren brukar kallas grindvakt eller triage. Det innebär att jag som vårdsökande inte har direkt tillgång till vilken vård som helst. Ett system som bygger på vård efter behov på lika villkor och till hela befolkningen kräver att vi har system med grindvakt på lämpliga sätt. Det kan vara via ett digitalt formulär på webben, samtal med sjuksköterska via 1177 eller på annat sätt. Dels därför att vi inte har obegränsat med pengar och dels därför att behovsstyrning kräver någon slags grindvakt.

För att patienten ska förstå vilken vårdnivå som är den bästa behövs mer tid då patient och vårdpersonal hinner samtala om patientens behov. En alltför snäv tidsbokning gör att missförstånd kan uppstå och risken finns att patienten söker igen inom kort. Ska vården bli effektiv måste det finnas tid att fråga: Är det något mer du vill ta upp? Och läkaren eller sjuksköterskan måste ha tid att vänta på patientens svar.

En vård som bygger på både funktion och relation kräver också ersättnings- och avgiftssystem som hänger ihop. System som stödjer en behovsstyrd vård. Ersättnings- och avgiftssystem måste också klara förändrade sökmönster hos patienterna, utvecklingen inom den goda nära vården liksom såväl fysiska som digitala vårdmöten.

Kristdemokraterna anser att det bör utredas hur ett nationellt ramverk för ersättnings-system och avgifter kan stödja en behovsstyrd vård.

## Inrätta en nationell vårdförmedling

Tillgängligheten har sjunkit alltsedan 2014 för merparten av det som mäts genom vårdgarantin. Pandemin har medfört att köerna accelererat. Vårdgarantin ger ett svar på hur många som väntar på vård men den ger inte hela bilden; minst 157 000 människor har väntat olagligt länge på vård.

Samtidigt har vårdens medarbetare en mycket tuff situation. Arbetsbelastningen har varit stor och många har inte fått den semester de behöver för tillräcklig återhämtning. Bristen på sjuksköterskor är betydande och påverkar såväl primärvården, äldreomsorgen som sjukhusvården. Flera regioner har stora svårigheter att rekrytera tillräckligt med allmänspecialister för primärvården vilket ytterligare försämrar läget.

Mitt i allt detta finns ledig kapacitet eller outnyttjad möjlighet att bygga ut kapacitet. Det är både privata och offentliga utförare som har möjlighet att göra mer. Tyvärr stoppas merparten av dessa på grund av att regionerna inte sluter avtal med dem och patienterna vet inte om den möjlighet som finns att söka öppenvård i hela landet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppmärksamma bristen på information till patienterna.

Regeringen har aviserat att tillföra resurser för de kostnader som uppkommit till följd av pandemin och tillför därutöver nya resurser för att klara den s.k. vårdskulden. Det är bra. Men regionerna är fortfarande osäkra på vilka kostnader som kommer ersättas och har därför svårt att planera på ett rimligt sätt för det kommande året. Pandemin pågår dessutom vilket gör att regionerna måste ha beredskap för fortsatt covidvård av svårt sjuka patienter. Patienter som får vänta längre än vårdgarantins tidsram har redan rätt att erbjudas vård hos en annan vårdgivare. Men dels är informationen till patienterna alltför ofta bristfällig, dels saknas ofta upphandlad vårdkapacitet. Regionerna har också svaga incitament att erbjuda patienter vård i andra regioner eller hos privata vårdgivare.

Kristdemokraternas uppfattning är att staten inte kan acceptera en situation där vården kostar allt mer för skattebetalarna och där väntetiderna blir allt längre och därtill är extremt ojämlika över landet. Därför måste all tillgänglig vårdkapacitet frigöras för patienterna. Detta kan ske genom att patientens möjligheter att få vård hos andra vårdgivare – som har ledig kapacitet – kraftigt förstärks.

## Varför räcker det inte med regeringens åtgärder?

Om vårdskulden från pandemin och de tidigare ansamlade köerna inte hanteras samlat kommer effekterna av pandemin att bli långdragna, slita ut personalen och göra att den nödvändiga omställningen till en god nära vård med primärvården som bas uteblir. Förebyggande vård riskerar att stryka på foten under lång tid vilket kommer ge ökat lidande för patienterna och ökade vårdkostnader som kunnat undvikas.

## Nationell vårdförmedling för att hantera vårdskulden

Patienter ska ges rätt att söka vård där ledig kapacitet finns. En nationell vårdförmedling upprättas tillfälligt för att använda tillgänglig kapacitet till de patienter som väntat olagligt länge. Staten sänder ut förfrågan om ledig kapacitet. En sammanställning över tillgänglig vård upprättas. Den som väntat mer än 90 dagar på operation eller mer än 90 dagar på specialistvård ges möjlighet att använda denna kapacitet.

Staten avsätter två av de anvisade fyra miljarderna till att finansiera detta. Samverkansavtal skrivs med landets 21 regioner och en eller flera regioner sluter avtal med den utförare (privata och offentliga) som meddelar att de har ledig kapacitet. Av förfrågningsunderlaget framgår att avtalet kommer att användas av flera eller samtliga regioner i landet. Övriga regioner ansluter till avtalen enligt villkoren i förfrågningsunderlagen. Staten finansierar den vård som ges genom den nationella vårdförmedlingen.

Staten tar ansvar för en bred informationskampanj där patienterna informeras om rätten att söka vård i hela landet. Vidare tar staten ansvar för att tillsammans med SKR upprätta en databas för den nationella vårdförmedlingen där tillgänglig kapacitet synliggörs för patienterna.

Kristdemokraterna föreslår att de av regeringen anvisade 4 miljarderna (inom utgiftsområde 9) för att klara vårdskulden förstärks med ytterligare en miljard så att regionerna kan säkra att förebyggande insatser kan genomföras. Vårt förslag innebär att två miljarder anslås för den nationella vårdförmedlingen som använder ledig kapacitet i hela landet. Tre miljarder används av regionerna för övrig vård inklusive den förebyggande vård som på sikt medför lägre vårdkostnader.

## Kraftigt stärkt vårdgaranti och permanent nationell vårdförmedling

Redan idag finns tack vare patientlagen möjlighet för patienter att själva söka vård utanför sin egen hemregion eller hos andra vårdgivare inom regionen. Patientlagen, som utarbetades av alliansregeringen och trädde i kraft 2015, ger i teorin patienter rätt att söka vård hos alla vårdgivare som har avtal med någon region. Lagen gäller så kallad öppen specialiserad vård. Med öppen specialiserad vård menas sådan specialistvård som bedrivs i öppenvård, det vill säga utan att patienten behöver stanna över natten. Det finns dock flera allvarliga hinder. Dels får patienterna inte den information de har rätt till, dels begränsas utbudet av vård av att regionerna tecknar avtal som begränsar vårdgivarnas möjlighet att ta emot patienter.

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin på längre sikt bör skärpas kraftigt genom att väntetiden till specialistbesök kortas till 30 dagar och väntetiden för operation eller behandling även den kortas till högst 30 dagar från medicinskt beslut. Den totala maximala väntetiden inom vårdgarantin skulle därmed nästan halveras, från dagens 183 dagar till 63 dagar. Vidare måste vårdgarantin utvecklas så att hela förloppet för patienten omfattas. Det räcker inte med en vårdgaranti för första besöket utan vårdgarantin måste förändras så att hela förloppet synliggörs.

Staten är, med några specifika undantag, inte huvudman för sjukvården (sjukvård inom kriminalvården samt Riksmedicinalverket bedrivs i statlig regi). Genom en förändring av hälso- och sjukvårdslagen skulle staten, genom exempelvis Socialstyrelsen, kunna upphandla eller skapa ett LOV-system<sup>1</sup> med sjukvårdskapacitet hos vårdgivare i

<sup>1</sup> Lagen om valfrihet.

hela landet (såväl privata som offentliga). Denna vårdkapacitet kan sedan erbjudas de patienter som inte får vård i enlighet med en förstärkt vårdgaranti i sin hemregion.

Kristdemokraterna anser att avtal som begränsar vårdgivarnas möjlighet att ta emot så kallade utomlänspatienter strider mot intentionerna i patientlagen och har därför tidigare föreslagit att sådana avtal ska vara förbjudna. Patientlagen ger också vårdgivarna skyldighet att informera patienter om de rättigheter de har, bland annat rörande möjligheten att söka vård utanför den egna hemregionen. Bland andra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har visat att vårdgivarna brister i denna skyldighet.

Staten bör därför ta ansvar för att stärka patienternas kunskap om sina rättigheter samt för att upprätta en permanent nationell, huvudsakligen digital, vårdförmedling. Vårdförmedlingen kan hanteras av e-hälsomyndigheten (eller Socialstyrelsen) och ska sammanställa ledig vårdkapacitet samt hjälpa patienter att hitta den vård de behöver med kortas möjliga väntetid.

## En god och nära vård

Hälso- och sjukvårdsdebatten har präglats starkt av ambitioner att primärvården ska utgöra basen i verksamheten. Samtidigt har det mesta av all utveckling gått i rakt motsatt riktning: investeringar och direkta åtgärder har i stor utsträckning gått till sjukhusen och specialistvården. En välfungerande primärvård utgör basen för ett hälso- och sjukvårdssystem. Det visar forskning och internationella erfarenheter. Men Sverige har en underdimensionerad primärvård jämfört med andra jämförbara länder om man ser till antalet allmänläkare per invånare, men även uttryckt i antal allmänläkare i förhållande till det totala antalet praktiserande läkare. Uppgifter i övrigt saknas men det finns anledning att tro att detsamma gäller för övriga yrkesgrupper.

En förändring finns i sikte och har en bred uppslutning. Regeringens utredare Anna Nergårdh har i flera betänkanden lämnat förslag på hur en god nära vård kan se ut och vad som behöver göras. Primärvården är en grundsten i den goda nära vården och måste alltså vara föremål för en långsiktig reform om den ska kunna fylla den platsen. Den goda nära vården omfattar dock många fler aktörer än regionernas primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården behöver särskilt nämnas. Idag utgör kommunerna ca 30 procent av den totala hälso- och sjukvården. De når många människor som behöver såväl kvalificerade som enklare insatser. Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är och kommer fortsatt vara en viktig del i verksamheten för såväl kommuner som regioner. Vidare utvecklas kontinuerligt den mobila vården med väldigt gott resultat.

En god nära vård innebär att vårdkedjan måste fungera oavsett vad vi kallar vårdnivåerna eller lokalerna där vården utförs. Ingen del av hälso- och sjukvården är en isolerad ö som klarar sig själv. Patientens behov skiftar och vårdens resurser ska kunna användas så det blir bäst för patienten. Det finns många goda exempel i landet där exempelvis hälsocentraler blivit framgångsrika genom att såväl förstärka det som är primärvård som genom en förbättrad samverkan med akut- och slutenvården respektive kommunens hälso- och sjukvård. Detta sammantaget har gett en god nära vård på dessa platser.

Vi kristdemokrater drar därför slutsatsen att framväxten av en god nära vård måste vara långsiktig, ha ett brett politiskt stöd, omfatta all hälso- och sjukvård och kommer kräva fler medarbetare. Den nationella styrningen är nödvändig för att alla delar av

vården i samtliga regioner ska färdas åt samma håll. Den nationella styrningen ska innehålla de beslut som är nödvändiga på statlig nivå och avstå från det som bättre styrs regionalt och lokalt. I nuläget är det främst primärvårdens uppdrag som behöver klargöras nationellt för att den övriga vården ska kunna göra sin del i framväxten av en god nära vård. Dessutom krävs ekonomiskt tillskott från staten för att utvecklingen ska kunna genomföras.

Kristdemokraterna anser att en viktig utgångspunkt för en svensk primärvårdsreform måste vara att verksamhet ska förtjäna sitt förtroende. Det räcker inte med att säga att primärvården ska vara medborgarnas naturliga val av vårdinstans, eller via ramlagstiftning uteslutande definiera åtagande och ansvar. Det måste finnas en reell beredskap och kapacitet att ompröva både uppdraget, men också resurser, professionella normer och kostnadsansvar. Samtidigt som nationellt grundåtagande preciseras måste det finnas möjlighet till ett delvis annat ökat åtagande för landsbygdens behov. Utgångspunkten ska vara att säkerställa att befolkningen i hela landet, så långt det är möjligt, ges tillgång till en jämlik, nära och patientsäker vård.

## En primärvårdsreform

En samlad primärvårdsreform består i princip av tre steg.

1. En nationell definition av primärvårdens åtagande
2. Fler allmänläkare och annan läkarkompetens, fler distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopedier m fl som behövs i primärvården
3. En stegvis och långsiktig resursöverföring från sjukhusvården till primärvården som möjliggörs om primärvården först byggs ut på ett reellt sätt.

Samtliga tre steg måste genomföras – i annat fall uteblir resultaten – det visar alla historiska erfarenheter. En sådan resursöverföring måste genomföras på ett planerat sätt, och utan att det leder till en okontrollerad utarmning av sjukhusvården. Som tidigare nämnts, så kan till och med en tillfällig och partiell ”återrullning” av uppdraget övervägas, vilket skulle sätta ytterligare press på specialistvården. Den goda nära vården kräver fungerande vårdkedjor som utgår från patienten.

I KD/M-budgeten som antogs av riksdagen i december 2018 fanns medel för att utveckla primärvården och regeringen fullföljde glädjande nog vår satsning under 2020. För 2021 föreslås en fortsatt förstärkning om 300 miljoner kronor. Det är nödvändigt och bra. Men pengarna ska användas till att anställa fler allmänspecialister och distriktssköterskor, inte kortsiktiga projekt. Vidare måste varje del av primärvården bedöma vilka förstärkningar de behöver så att de har ett fullgott vårdteam med tillräckliga kompetenser tillgängliga.

Fördelningen mellan sjukhusvård och primärvården kommer inte att ändra sig självt. Det krävs tydliga krav, uppföljning och ytterst statligt ansvar för att den inriktning som beslutats genomförs.

## Nationella beslut för ökad tillgänglighet

För att åstadkomma nödvändiga förstärkningar av primärvården krävs samlade nationella reformer. Den enklaste och mest logiska vägen att uppnå detta på relativt kort sikt

är genom nationell lagstiftning som definierar primärvårdens grundåtagande. De närmare förutsättningarna för detta bör beskrivas i förordning.

Det nationellt preciserade åtagandet bör vara större än vad som generellt gäller i regionerna i dag. Primärvården bör dimensioneras med hänsyn tagen dels till ökande efterfrågan till följd av en åldrande befolkning, dels till behovet av att förflytta tyngdpunkten i sjukvårdssystemet från sjukhusvård till primärvård. I annat fall kommer utvecklingen innebära allt fler akutbesök och vård dygn på sjukhusen.

Arbetet som allmänläkare är i många avseenden det svåraste av alla discipliner: ett stort informationsflöde, krav på ett brett kliniskt kunnande, där komplexa och allvarliga problem hos vissa patienter varvas med enklare åkommor. Samtidigt kommer allt fler krav på samordning, koordinering och tillsyn från olika håll i vård- och omsorgssystemet.

Läkarna i primärvården måste framförallt få ett tydligare uppdrag att hantera vården för multistuka äldre. Men för att ett sådant uppdrag ska vara rimligt i praktiken krävs resurser i enlighet med uppdragets omfattning och fler verksamma läkare. En tillräckligt stor läkarbemanning med allmänspecialister låter sig dock inte införas omgående. Det krävs flera åtgärder i samspel.

Det är viktigt att åtagandet driver på för en kompetensväxling i primärvården, så att besök hos annan vårdpersonal – som exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer – kan ersätta allt fler läkarbesök. Slutligen krävs ett ordnat och effektivt utnyttjande av digitala besök i primärvården. Nationella beslut om ersättningssystem och avgifter som bygger på behovsprincipen och möjliggör för digitala aktörer att vara en del i en god nära vård.

Utöver det nationella grundåtagandet bör lagstiftningen på sikt definiera en möjlighet till ett utökat åtagande för primärvården i glesbygd. Utgångspunkten ska vara att säkerställa att befolkningen i hela landet, så långt det är möjligt, ges tillgång till en jämlik, nära och patientsäker vård. Det utökade åtagandet bör förenas med ett ersättningssystem som möjliggör ett utökat ansvar för den vård som patienterna behöver.

Det nationella åtagandet bör, förutom vilka tjänster som ingår i primärvården, som minst innefatta krav på och beskrivningar av:

- Flexibla öppettider som en del i att öka tillgängligheten
- Tydligare akutuppdrag
- Möjlighet till och förutsättningar för digitala patientmöten
- Hur samverkan med övriga verksamheter inom vård- och omsorgssystemet ska gå till.

## Personcentrering centralt i en god nära vård

Ska en god nära vård kunna förverkligas krävs en utvecklad helhetssyn på hälso- och sjukvården där vi bättre än idag utgår från patienten. Redan idag framgår det av patientlagen att det är så hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras men ändå blir patienten alltför ofta en aktör som hamnar vid sidan om. Personcentrering är mångfacetterat eftersom vi alla är olika även när vi har likartade besvär och sjukdomar. Inom omvårdnaden respektive rehabiliteringsmedicinen är personcentrering centralt och mycket finns att hämta därifrån när hela hälso- och sjukvården utvecklar det personcentrerade arbetssättet. Patientorganisationer är nödvändiga partners för hälso- och sjukvården för att förändra på systemnivå. Det offentliga bör ge ett bättre stöd till patientorganisationerna så att de kan fullgöra sitt uppdrag på ett rimligt sätt. Enskilda patienter (som före-

träder sig själva) kan bistå på andra sätt och där finns goda exempel i Region Jönköping på hur enskilda patienter kan medverka i förbättringsarbetet. Sedan är det enskilda mötet mellan patient och vårdens medarbetare det som avgör om vi lyckas med personcentreringen.

## Återinför patientansvarig läkare och ett tak för antalet listade patienter

Vårdanalys visar att endast mellan 35 och 67 procent av patienterna (beroende på region) ofta träffar samma läkare inom primärvården. Dessutom brister samordningen mellan vård och omsorg framför allt för tre patientgrupper: multisjuka personer med begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa och personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom. Vi menar att det är nödvändigt att kunna bygga en relation mellan patient och den vårdkontakt som patienten bestämmer. Genom kontinuitet kan patientrisker minimeras och en god säker vård möjliggöras.

Begreppet patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen år 1991, men togs bort 2010 med syftet att möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt. Den person i vårdteamet som är bäst lämpad i varje enskilt fall är tänkt att utses till fast vårdkontakt. Tyvärr upplever många patienter att systemet är otillräckligt. För att främja kontinuitet och patientens anknytning till en viss läkare vill vi att begreppet PAL ska återinföras i lagstiftningen och dessutom ska alla ha rätt till en fast läkarkontakt, detta som ett komplement till befintlig lagstiftning om rätt till fast vårdkontakt.

Det är viktigt framförallt för de patienter som har omfattande, allvarliga eller långvariga vårdbehov. Bara om patienten aktivt avstår från en PAL kan det räcka med en samordnad individuell vårdplan (SIP) i enlighet med den utformning som finns i dagens lagstiftning. Det ska komma an på PAL att samordna de övriga specialiteter som patienten kan ha behov av, oavsett om det är flera kompletterande fasta vårdkontakter eller vårdkontakter av mer tillfällig natur. Därför föreslår vi att patientansvarig läkare återinförs.

Idag sker listning av patienter på vårdcentralsnivå. Vi behöver också möjliggöra listning på namngiven läkare. Det finns skäl att öka förutsättningarna för läkarna att ta ett ansvar för koordinering och samordning av den enskilda patientens vårdbehov. Att kunna lista sig på en namngiven läkare ska vara möjligt i hela landet.

En nackdel med alltför många patienter på en enskild vårdcentral – förutom att vårdpersonalen får en orimlig arbetssituation – är förstås att samtliga patienter på överbelastade vårdcentraler drabbas. Ytterst kan situationen leda till att enskilda vårdcentraler tvingas lägga ned, vilket vore en mycket olycklig utveckling. Möjligheten att sätta tak för antalet patienter måste också kunna sättas på läkarnivå. Genom ett tak för hur många som kan lista sig blir det möjligt för vårdteamet att utföra sitt uppdrag på ett hållbart sätt.

## Utveckla 1177 och få en fungerande triagering

Primärvårdens relativa underdimensionering och bristande tillgänglighet leder till att allt för många patienter med lättare åkommor hamnar på fel vårdnivå. För att klara den ökande efterfrågan är det inte bara nödvändigt att skala upp primärvården, utan också att



utveckla systemen för att lotsa patienter till rätt vårdnivå. Denna bedömningsprocess kallas i sjukvården för triagering.

Triageringen bör som grundregel ske via vårdguiden 1177 över telefon, videomöte eller genom digitala och intelligenta frågeformulär som patienten själv fyller i via nätet. Genom triageringen avgörs vilken vårdnivå och i relevanta fall vilken typ av patientmöte som är mest lämpligt i det enskilda fallet. I många fall kan patienter bedömas och behandlas utan att fysiskt besöka en sjukvårdsinrättning, exempelvis genom videobesök eller telefonsamtal med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. I några fall kan patienten besöka ett apotek och genom egenvårdsinsatser klara sig själv. Som ett led i detta vill vi förstärka apotekens roll i hälso- och sjukvårdkedjan (se mer i motionen ”Apotek och läkemedel – en självklar del av hälso- och sjukvårdskedja”). I andra fall bör patienter söka sig till sjukhusens akutmottagning utan att passera vårdcentralen.

Så snart primärvårdens tillgänglighet och kapacitet förbättrats till en för patienterna godtagbar nivå bör det preciserade grundåtagandet kräva att alla patienter som söker kontakt med sjukvården genomgår en relevant triagering. Detta för att säkerställa att den mest adekvata insatsen för varje enskild patient erbjuds på rätt vårdnivå. Det förekommer idag att regionerna infört remisskrav för besök på akutmottagningar. Det är en drastisk åtgärd när tillgängligheten i övrigt inte är tillräckligt utbyggd och riskerar därför att påverka tilliten till hälso- och sjukvården. Vi menar därför att det är mer ändamålsenligt och långsiktigt hållbart att bygga ut 1177 och förstärka ingångarna till vården genom triagering. Som ett led i detta behöver bland annat sjukvårdsrådgivningen som ges via 1177 Vårdguiden på webben eller telefon kvalitetssäkras, förstärkas och integreras bättre i primärvården.

Patienter med allvarliga och livshotande tillstånd samt patienter som av olika skäl saknar förmåga att kontakta vårdguiden via telefon eller digitala kanaler ska naturligtvis alltid beredas vård och bedömning så snabbt som möjligt. Sådana ärenden triageras därför via 112.

## Förstärkt hälsofrämjande arbete genom primärvården

Kristdemokraterna vill förstärka primärvårdens förebyggande hälsoarbete. Det handlar om att ge stöd till bättre egenvård, förebygga beroendeproblematik av skilda slag och stödja ett friskare liv genom att peka på friskfaktorer i samband med primärvårdens reguljära möte med patienten. Det handlar också om att tidigt upptäcka besvär som kan leda till sjukdomar men kan förbyggas genom tidig behandling. Ett sådant exempel är förmaksflimmer där primärvården och hela den nära vården kan bidra till tidiga insatser. Andra exempel är diabetesvård och KOL där tidig insatser och preventiva åtgärder har god effekt. Vi anser även att apoteken och dess kompetenta personal kan bidra i det förebyggande arbetet för hälsan genom att förstärka dess roll i vårdkedjan.

Egenvård har en stor potential för att få en helhet i hälso- och sjukvården. Men det kommer inte av sig själv utan kräver planerade och strukturerade insatser från samhället i stort och ifrån hälso- och sjukvården. Ohälsosamma matvanor tillsammans med otillräcklig fysisk aktivitet är två av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst.

Vi menar att det dels behövs förändring i samhället som främjar rörelse och motion på ett hållbart sätt för alla. Dels behövs en möjlighet till personliga hälsosamtal där vi

får individuell rådgivande som utgår från våra förutsättningar. Hälsosamtal och andra hälsofrämjande insatser inom primärvården behöver utvecklas för hela befolkningen. Hälsofrämjande insatser ska bygga på forskning och ha evidens. Det kan möjliggöras genom ökade resurser och därmed fler medarbetare inom primärvården. Men också tillsammans med det civila samhället som är viktiga aktörer också i detta sammanhang

## Rehabilitering

Coronapandemin har fått fler att inse betydelsen av en fungerande rehabilitering. Det är välkommet om än sent. Effekterna av en sjukdom eller skada kan många gånger begränsas om rehabilitering påbörjas snabbt och intensivt. Rehabilitering behövs också vid så kallade sena effekter som är mer vanliga än vad som tidigare varit uppmärksammat. Sammantaget måste rehabiliterande insatser vara mer tillgängliga än idag och vid fler tillfällen än just det akuta skedet. Tyvärr ser vi brister i detta för flera patientgrupper. Alltifrån patienten med cancersjukdom som sällan får rehabiliteringsinsatser till patienten med exempelvis en fraktur i handleden eller efter en hjärnskakning.

Teambaserade rehabiliteringsinsatser som sker strukturerat kan påtagligt medverka till välbefinnande för många patienter. Rehabiliterande insatser kan också verka hälsofrämjande och verka förebyggande. Samhällsekonomiskt torde rehabiliterande insatser vara mycket lönsamma. Även om kostnaderna för exempelvis sjukskrivning finns under annat konto i statsbudgeten, måste det offentliga klara en helhetssyn för den enskilde och bistå med rehabilitering på ett bättre sätt idag. En sådan helhetssyn ger en positiv samhällsekonomisk effekt.

Såväl regioner som kommuner behöver förbättra rehabiliteringsinsatserna. Förutom hemtagningsteamens viktiga roll för att rehabiliteringsinsatser ska komma igång efter en sjukhusvistelse vill vi att det säkerställs att det finns medicinskt ansvariga rehabiliterare, (MAR) i alla kommuner. Genom MAR bör varje kommun ta fram en handlingsplan för vad som ska göras, vem som ansvarar för vad och hur det följs upp. Varje kommun ska ha en MAR, detta utvecklas närmare i motionen ”En äldrepolitik att lita på”.

## En reformerad och utökad kömiljard

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

Kristdemokraterna var under alliansregeringen drivande i genomförandet av en rad viktiga satsningar som minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till de regioner som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i regionerna. 2015 avvecklade den socialdemokratiskt ledda regeringen kömiljarden och köerna ökat samt uppfyllelsen av vårdgarantin försämrades därmed. Kömiljarden återinfördes dock 2019 tack vare KD/M-budgeten.

Förslaget från KD och M var dock att kömiljarden från början skulle uppdateras för att minska risken för undanträngning. Inte bara första besöket ska premieras utan även en längre vårdkedja. Dessvärre har S/MP-regeringens arbete med att uppdatera kömiljarden inte påbörjats, utöver en mindre ändring 2019. Vi ser mycket allvarligt på att regeringen varit för saktfärdig i arbetet med att reformera kömiljarden.

## Vårdplatser på sjukhusen

Under många år har många av Sveriges sjukhus haft närmast konstanta överbeläggningar vilket innebär att patienter vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning. Det kan handla om att patienter vårdas i korridorer eller i värsta fall utlokalisering på en avdelning som saknar rätt medicinsk kompetens. Överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar patientsäkerheten, men sätter även vårdpersonalen inför svåra etiska problem när de ska välja ut vilka patienter som ska placeras var. Den situation runt överbeläggningar som tidigare ansågs vara en sommarkris har blivit ett slags normaltillstånd vilket gjorde att utgångsläget var tufft när pandemin slog till med kraft.

I likhet med vårdköerna är det stora skillnader i överbeläggningar mellan olika regioner, men också mellan olika sjukhus inom en region. Målet måste vara att alla patienter får plats på en vårdavdelning med rätt medicinsk kompetens. För att det ska vara möjligt att uppnå behövs fungerande vårdkedjor och på många platser även en ökning av antalet tillgängliga vårdplatser. Det måste finnas tillräckligt med flexibilitet i systemet för att klara belastningstoppar. Borgholmsmodellen visar att när primärvården fungerar väl i samarbete med hemsjukvården kan många sjukhusvistelser avvärras, framför allt för sköra äldre.

Effekterna av pandemin visar att personalen snabbt kan ställa om och skapa de vårdplatser som är nödvändiga. Den kraften bör användas även tiden efter pandemin. Kristdemokraterna föreslår därför att regionerna får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 90 procents beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje region på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Oftast är det fler sjuksköterskor som behövs för att kunna öppna fler vårdplatser. Det innebär att ersättningen för tillräckligt antal vårdplatser behöver i stor utsträckning användas för att minska kompetensbristen och bli en attraktiv arbetsgivare. En modell som vi anser bör prövas på några sjukhus i landet genom en försöksverksamhet.

## Regionala cancercentrum (RCC) och den nationella cancerstrategin

Arbetet för att förbättra cancervården måste intensifieras ytterligare. Väntetiderna är fortfarande långa och varierar kraftigt beroende på bostadsort. Kristdemokraterna etablerade under alliansregeringen den nationella cancerstrategin och regional cancercentrum (RCC). Inom RCC i samverkan pågår ett gott arbete med sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp, SVF. Dessa beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som

gäller, dels för de olika utredningsstegen, dels för hela förloppet. Det är den evidensbaserat mest framgångsrika behandlingen för patienten som formas i de sammanhållna vårdförloppen, inte det som kostar minst. Arbetet med SVF utvecklas ständigt och nya kunskaper tillkommer som gör att vad SVF innehåller är en rörlig materia och ska så vara. Kunskap och erfarenhet är det som ska vägleda för att få den bästa cancervården.

Det som gällde vid införandet av den nationella cancerstrategin gäller fortfarande: den ska vara nationell och det ska vara en strategi just för cancervården. Den behöver också ständigt uppdateras. Inte minst behöver de nya terapierna beaktas liksom bristen på rehabilitering. I budgetpropositionen finns en förstärkning om 100 miljoner kronor årligen 2021–2023 till arbetet, vilket vi välkomnar. Kristdemokraterna har tidigare krävt att den nationella strategin ska uppdateras kontinuerligt, något som nu också föreslås.

Vi anser även att barncancervården behöver fortsätta utvecklas och rehabiliterande insatser förbättras även för s.k. sena effekter.

## Tidiga och förebyggande insatser mot cancer

En utbyggnad av primärvården är nödvändig av många skäl, inte minst för att tidigt upptäcka cancer. Det arbete som bland annat bedrivs i Region Stockholm med cancer-certifierade vårdcentraler är mycket lovvärt och ett sätt att stärka primärvårdens möjligheter till tidig upptäckt.

Det finns i dag möjlighet att utrota cancer. Det är livmoderhalscancer som kan utrotas till följd av den forskning och det kliniska arbete som bedrivits under många år. På 1980-talet upptäcktes att humant papillomvirus (hvp) förorsakar cancerformer som drabbar både kvinnor och män.

Cancer i livmoderhalsen utvecklas oftast långsamt under många år. Vid regelbundna cellprovskontroller kan cellförändringar som kan leda till cancer upptäckas och tas bort i god tid. Hpv-baserad screening innebär tidiga upptäckter av cellförändringar.

Trots ett väl utbyggt och omfattande screeningsprogram drabbas ungefär 500 kvinnor i Sverige av livmoderhalscancer varje år. Om fler kvinnor skulle delta i screening och om fler skulle vaccineras skulle det leda till färre fall av livmoderhalscancer. Det är två procent av kvinnorna som inte deltar regelbundet i screening och bland den gruppen återfinns 40 procent av de som insjuknar i livmoderhalscancer.

Livmoderhalscancer är den första cancersjukdomen för vilken WHO har satt målet om global utrotning. Flera länder har därför startat ambitiösa utrotningsprogram. Tyvärr tillhör inte Sverige den skaran.

Det screeningprogram vi har i Sverige beslutade Socialstyrelsen om 2015. Fortfarande 2019 är det 13 av 21 regioner som inte genomfört programmet. Sedan programmet togs fram har mycket ny kunskap framkommit och programmet behöver redan revideras ordentligt – innan det ens införts. Med den tröga process som finns i dag så är det inget som Sveriges kvinnor kan vänta på.

För Sveriges del skulle ett program för att ”utrota” denna cancer innebära en engångs-insats med två delar. Den ena är så kallad catch-up-screening. Sveriges kvinnor har under lång tid deltagit i cellprovtagning inom ramen för screeningprogrammet. Risken för att få cancer är störst för kvinnor som passerat programmets övre åldersgräns, och antingen haft obehandlade cellförändringar och/eller inte deltagit i screening på länge, samt kvinnor som haft cellförändringar i körtelepitel (körtelcellatypier). Dessa kvinnor

har hög risk för invasiv cancer, men har idag inte behandlats tillräckligt. Det andra är catch-up-vaccination. I samband med sin första screening vid 23 eller 26 år kan kvinnor erbjudas hpv-vaccination och hpv-screening (i dag erbjuds denna åldersgrupp bara en analys med cytologi). För att få stopp på spridningen av hpv-viruset behöver kvinnor som riskerar att få livmoderhalscancer få vaccinationen. Kvinnor som får hpv-vaccin skyddas mot livmoderhalscancer till 90 procent, vilket är ett gott skydd mot framtida livmoderhalscancer. Vaccinationen skulle innebära att hpv-viruset skulle utrotas i Sverige. Det faktum att alla pojkar äntligen erbjuds hpv-vaccin bidrar också till minska riskerna.

Med dessa insatser räddar vi liv och onödigt lidande för de mer än 500 kvinnor som drabbas per år och de 150 som dör. Så vad behöver göras? Alla regioner ska ingå i det nationella kvalitetsregistret. Staten behöver ta ett större ekonomiskt ansvar för kvalitetsregister. Det krävs och vilja och handlingskraft från regeringen.

Hela kampanjen (sex år) beräknas inte kosta mer än 150 miljoner kronor, varav 90 procent av utgiften är inköp av 300 000 doser av hpv-vaccin. Socialstyrelsen uppskattade 2014 att livmoderhalscancer kostar samhället 175 miljoner kronor varje år. Detta är alltså en hälsoekonomisk vinst för samhället och individen. Vi har med andra ord i dag kunskap och förmåga att faktiskt kunna utplåna en cancersjukdom inom snar framtid. Regeringen bör därför skyndsamt ta fram en genomförandeplan för utrotning av livmoderhalscancer.

Kristdemokraterna anser att också kvinnor över 64 år ska screenas med cellprov och hpv-test för att tidigare upptäcka livmoderhalscancer. I sammanhanget bör nämnas att vi också anser att kvinnor över 74 år ska screenas med mammografi för att tidigare upptäcka bröstcancer

## Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Hälso- och sjukvårdens styrning har under lång tid och till stor del fokuserats kring ekonomisk styrning. Det gör att patientperspektivet och professionernas utrymme kringskärs. Den kunskapsintensiva hälso- och sjukvården måste ha en styrning som möjliggör personcentrering och låter professionerna använda bästa kunskap och erfarenhet. Det som hittills har kallats standardiserade vårdförlopp, SVF, bygger på bästa kända kunskap som arbetas fram av professionerna. Den bygger också på personcentrering.

Den utveckling som vi sett sedan arbetet med SVF påbörjades är god inte minst inom cancervården där RCC redovisar förbättrade resultat som kopplas till sammanhållna vårdförlopp. Genom KD/M-budgeten har möjligheten till sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp vidgats och ett stort antal medicinska områden arbetar nu med detta. Det är därför anmärkningsvärt att regeringen föreslår en neddragning med 200 miljoner kronor. Kristdemokraterna avvisar denna neddragning inom utgiftsområde 9, anslag 1:6.

## Sällsynta sjukdomar

De finns många sjukdomar som kallas för sällsynta därför att färre än fem av 10 000 människor drabbats av dem. För närvarande finns ca 300 sällsynta sjukdomar och

tillstånd i Socialstyrelsens statistikdatabas och Ågrenska är nationellt kunskapscentrum för sällsynta diagnoser. Det är angeläget att kunskapen om sällsynta hälsotillstånd når hela hälso- och sjukvården så att varje patient får den bästa vården. Idag brister det vilket innebär att patienter inte får de av den bästa vården. Regeringen bör på lämpligt sätt se till att kunskap om sällsynta hälsotillstånd finns tillgängligt i hela landet.

## Tryggare förlossningsvård och eftervård

Det behövs ett nationellt ledarskap som pekar ut riktningen för förlossningsvården och eftervården. Det föds över hundrafemton tusen barn i Sverige varje år och svensk mödra- och förlossningsvård är på många sätt helt fantastisk. Samtidigt finns det mycket som behöver göras för att gravida kvinnor ska kunna känna trygghet i väntans tider.

Skillnaderna i vård och vårdresultat skiljer sig åt i olika delar av landet, bland annat i antalet förlossningsskador. Tiden från förlossning till hemgång är på många håll kort samtidigt som bara ett av tre sjukhus alltid erbjuder en uppföljning efter förlossningen. Bristningar, komplikationer, psykisk ohälsa eller amningsproblem riskerar att inte upptäckas i tid.

Vårdanalys utvärdering från 2019 visar att det fortfarande finns många allvarliga brister i förlossningsvården. Enligt Barnmorskeförbundet och Sveriges Kvinnolobby är den ökade förlossningsrädslan bland omfödernor ett tecken på att förlossningsvården inte håller tillräckligt hög kvalitet.

Bristen på barnmorskor är stor i 18 av landets 21 regioner. Antalet pensionsavgångar bland barnmorskor är stort och det är svårt att rekrytera samt att behålla barnmorskor. Regeringen slöt en överenskommelse med SKR 2015 om förlossningsvården. Bara drygt hälften av pengarna har använts till bemanning som var syftet med överenskommelsen.

Kristdemokraterna vill rikta om 1,5 miljard kronor för varje år 2021–2022 till tydliga satsningar och prioriteringar inom förlossnings- och eftervården. Under 2023 upphör dessutom regeringens satsningar på förlossningsvården helt. Kristdemokraterna avsätter därför 1 miljard kronor under 2023 till förlossnings- och eftervården.

De stora bristerna i förlossnings- och eftervården drabbar framförallt kvinnor. Att ändra systemet i grunden är därför inte bara angeläget ur ett patientperspektiv utan också ur ett jämställdhetsperspektiv. Varje kvinna ska kunna känna trygghet under sin graviditet samt inför, under och efter förlossningen. Kristdemokraterna föreslår därför följande förändringar för att stärka förlossnings- och eftervården:

## Nationellt ansvarstagande för förlossningsvården – mål och kompetenscentrum

För att få en mer jämlik vård behöver sjukvården, inklusive förlossningsvården, bli statlig. I avvaktan på denna organisationsförändring behöver mer göras. Idag saknas det nationella mål som slår fast vad kvinnor kan förvänta sig av förlossningsvården. Vi vill därför införa nationella mål för förlossningsvården. Vi vill också inrätta ett kompetenscentrum runt förlossningsvården och eftervården. De frågor som kompetenscentrumet bör arbeta med är förebyggande av förlossningsskador, psykisk ohälsa och amning. Vi avsätter 37 miljoner kronor för detta ändamål.

## Nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador

Enligt en OECD-rapport ligger Sverige relativt högt gällande allvarliga bristningar vid förlossning<sup>2</sup>. I Sverige drabbas mellan 4–10 % av de 100 000 kvinnor som föder barn varje år, av den svåraste graden av vaginala förlossningsskador. Finland och Norge ligger långt före i arbetet med att undvika förlossningsskador. Regeringen föreslår nationella riktlinjer inom förlossningsvården vilket vi välkomnar. Kristdemokraterna anser dock att det behöver tas fram särskilda riktlinjer för att förebygga förlossningsskador. I samband med detta bör även en kompetensutveckling ske för personal inom förlossningsvården om hur förlossningsskador kan förebyggas. Vi avsätter 28 miljoner för detta ändamål.

## Eftervård med hembesök

Det finns stora brister i eftervårdens kvalitet beroende på var man bor. En stor del av sjukhusen följer inte upp förlossningen alls, medan en del erbjuder samtal eller återbesök, ett fåtal hembesök av en barnmorska<sup>3</sup>. Det kan ta lång tid innan förlossningsskador och andra komplikationer efter en förlossning upptäcks<sup>4</sup>. Vi vill att mödravården får ett särskilt ansvar att följa upp kvinnans hälsa inom en till två veckor efter förlossning. Varje kvinna ska också erbjudas hembesök av en barnmorska som kan ge stöd den närmaste tiden efter förlossningen. Det kan exempelvis vara amningsstöd eller samtal för att upptäcka förlossningsdepression. Vi avsätter 250 miljoner kronor för detta ändamål.

## En mamma-rehab-check

En graviditet och förlossning är en stor påfrestning för kvinnan. I vissa fall behövs vårdinsatser för att åtgärda till exempel förlossningsskador. I andra fall behövs fysisk rehabilitering. Vi vill att alla nyblivna mammor ska erbjudas en ”mamma-rehab-check” som kan användas hos fysioterapeuter med särskilt fokus på graviditet och förlossning. Vi avsätter 60 miljoner kronor för detta ändamål.

## Ökad bemanning inom förlossningsvården

Regeringen har slutit överenskommelser med SKR sedan 2015 om förlossningsvården. Bara drygt hälften av pengarna har använts till bemanning som var det ursprungliga syftet med överenskommelsen. En uppföljning av regionernas insatser visar att kompetensförsörjning är ett problem<sup>5</sup>. Bristen på barnmorskor är stor i 18 av landets 21 regioner<sup>6</sup>. Enligt myndigheten för Vårdanalys gör avsaknaden av tydliga mål och riktlinjer för hur pengarna ska användas i överenskommelsen att uppdraget har varit otydligt. Vi vill rikta om dessa pengar till tydliga satsningar på att både behålla personal inom förlossnings-

<sup>2</sup> Health at a glance, OECD, 2019.

<sup>3</sup> Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning, Socialstyrelsen, 2017.

<sup>4</sup> Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning, Socialstyrelsen, 2017.

<sup>5</sup> Regionernas insatser för kvinnors hälsa, 2019.

<sup>6</sup> Erfarna barnmorskor lämnar förlossningsvården, Dagens Medicin, 5/5 2020.

vården och öka antalet anställda. För att uppnå detta mål behöver bland annat åtgärder vidtas för att förbättra arbetsmiljön. Vi avsätter 700 miljoner kronor på att öka bemaningen inom förlossnings- och neonatalvården.

Vi avsätter också 70 miljoner kronor för att ge sjuksköterskor möjlighet att vidareutbilda sig till barnmorskor med bibehållen lön. Vi ökar även antalet utbildningsplatser för barnmorskor inom utgiftsområde 16.

## Fast barnmorska – ett barnmorsketeam genom hela vårdkedjan

Det behövs bättre kontinuitet i vårdkedjan före, under och efter förlossning. Idag möter kvinnor ofta olika personer för varje del i vårdkedjan. Vi vill att kvinnor ska mötas av ett barnmorsketeam genom hela graviditeten, förlossning och eftervården – en form av fast barnmorska. Det ger också barnmorskor större möjlighet att variera sitt arbete mellan förlossningsvård, som många gånger är ett tungt fysiskt arbete, mödravård och eftervård. Hur ett system med fast barnmorska ska utformas bör utredas i samråd med Svenska barnmorskeförbundet och patientorganisationer. Vi avsätter 200 miljoner kronor för detta ändamål.

Vi vill också verka för att öka möjligheten till barnmorskeledda enheter med ansvar för hela vårdkedjan – graviditet, förlossning och eftervård – i anslutning till akutsjukhusen. Vi avsätter 95 miljoner kronor för detta ändamål.

## Patienthotell inför stundande förlossning

I de delar av landet där det är långa avstånd mellan hemmet och förlossningskliniken finns det en stor oro över att inte hinna fram i tid. Det förekommer också att kvinnor som har möjlighet tillfälligt byter bostadsort under de sista veckorna inför förlossningen för att vara nära sjukhuset. Tryggheten inför den stundande förlossningen måste öka för kvinnorna som bor i dessa delar av landet. Vi anser därför att de som istället för att bege sig till sjukhuset med bil när förlossningen har satt igång, bör få möjlighet att bo på ett patienthotell i nära anslutning till sjukhuset tillsammans med sin man eller partner inför stundande förlossning. Vi avsätter 30 miljoner för att kunna upphandla hotellrum i anslutning till sjukhus som har förlossningsavdelningar.

## Samtalsstöd

Det föds varje år i snitt fyra döda barn per 1 000 födda i Sverige (2018). En siffra som inte har minskat under tio års tid. Internationellt sett är det lågt, men det finns nu möjlighet att minska antalet. Socialstyrelsen har identifierat ett antal riskfaktorer men den största enskilda komplikationen är tillväxthämning hos fostret. De flesta barnen dör sent i graviditet och cirka 40 procent dör efter graviditetsvecka 37+0<sup>7</sup>. Enligt Socialstyrelsen erbjuder väldigt få av landets 45 förlossningsavdelningar kontakt med psykolog efter förlossning. Drygt hälften av mammorna och 32 procent av papporna blev sjukskrivna 0–6 månader efter att familjen fått ett dödfött barn. Socialstyrelsens undersökning visar att mammor med en tidigare psykisk ohälsa hade i snitt högst antal sjukskrivningsdagar. Vi anser att alla förlossningsavdelningar bör erbjuda samtalsstöd med

<sup>7</sup> När barn föds döda, Spädbarnsfonden, 2017.



psykolog till föräldrar som fått ett dödfött barn. Vi avsätter 30 miljoner kronor för detta ändamål.

## Nationell process för nya investeringar

Det finns stora investeringsbehov i såväl renovering, utbyggnad, ombyggnad och nybyggnad av sjukhus och vårdinrättningar i Sverige. Redan beslutade investeringar i sjukhus har uppskattats uppgå till omkring 100 miljarder<sup>8</sup>. De stora investeringsbehoven förklaras dels av att många sjukhusbyggnader uppfördes på 1960-talet och har nått sin tekniska livslängd, dels av att sjukvårdens behov förändras.

De förändrade behoven i sjukvården beror i sin tur på rad olika faktorer. Flera av dessa kan härledas till nationellt drivna förändringsprocesser. Ett exempel på detta är arbetet med att stärka primärvården inom ramen för överenskommelsen om God och nära vård<sup>9</sup>. Ett annat exempel rör förändringar i vårdens nivåstrukturering, framförallt vad avser ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Sedan 2017 finns en nationell process för den högspecialiserade vården där Socialstyrelsen ansvarar både för att definiera vilken vård som ska betraktas som högspecialiserad, samt vart i landet sådan vård ska bedrivas. Ytterligare en faktor som påverkar behoven av investeringar är demografiska förändringar till följd av åldrande befolkning och urbanisering.

Beslut om att bygga ett nytt sjukhus innebär mycket stora ekonomiska investeringar och kräver lång planeringshorisont. Ett sjukhus ska normalt drivas i många decennier. Den moderna sjukvården ställer också höga krav på att sjukhusbyggnaden är anpassad för ändamålet – alltså den typ av sjukvård som ska bedrivas.

Att bedriva modern avancerad sjukvård är en mycket komplex uppgift som i allt högre grad kräver samverkan mellan olika aktörer, både inom- och mellan regionerna. Merparten av Sveriges regioner har enligt Kristdemokraternas uppfattning alltför få invånare för att på egen hand kunna bedriva vården rationellt – ett problem som växer i takt med att sjukvården blir än mer avancerad och specialiserad.

Vilka sjukhus som byggs och för vilket ändamål de byggs påverkar därför inte bara sjukvården i den egna regionen utan även sjukvården i omkringliggande regioner – ibland sjukvården i hela landet. Planering och investeringar i sjukhusbyggnader påverkar också förutsättningarna att göra nödvändiga omställningar. Kostsamma investeringar i byggnader som inte bidrar till ett rationellt sjukvårdssystem tränger också undan resurser för verksamheterna.

Trots stora och ökande behov av samverkan nationellt och över regionsgränserna finns idag ingen gemensam planering av investeringar, ens för helt nya stora sjukhus. Nationella forum för sådan planering har dock funnits tidigare, i flera olika former. Däribland kan nämnas Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggnad samt Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader. Ett uttalat syfte med den sistnämnda var bland annat att staten skulle godkänna nya sjukhusbyggnader, deras syfte och placering. Även Socialstyrelsen har historiskt haft en central roll för att samordna regionernas investeringar och långsiktiga

<sup>8</sup> Promemoria till Socialdepartementet från Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll, 2019-05-14.

<sup>9</sup> Regeringen och SKRs överenskommelse om god och nära vård omfattar drygt 6 miljarder kronor för 2020 och ska bidra till att stärka primärvården.

planering. Samtliga nationella organ som haft till uppgift att säkerställa en rationell planering av regionernas investeringar i sjukhus avskaffades dock successivt från slutet av 70-talet till slutet av 90-talet.

För att säkerställa en rationell planering av stora investeringar i framtidens sjukvård behövs en nationell process för godkännande av nya sjukhus. Historiskt har uppdraget legat både direkt under Socialdepartementet som under Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har sedan 2017 uppdraget att fatta beslut om högspecialiserad vård. Uppdraget bör utökas till att också godkänna, eller avslå, större investeringar i nya sjukhusbyggnader. Vårdcentraler bör inte omfattas av godkännandeprocessen. Vi föreslår att staten genom Socialstyrelsen ges mandat att, i samverkan med regionerna, upprätta en nationell process för planering av investeringar i nya sjukhusbyggnader. Vidare att Socialstyrelsen inom ramen för detta arbete löpande analyserar behoven av nya sjukhus samt bistår med expertkompetens kring planering och upphandling av nya sjukhus. Slutligen att Socialstyrelsen ges mandat att, efter samråd med regionerna, godkänna eller avslå regionernas investeringsplaner gällande nya sjukhus. Regioner som beslutar om sjukhusinvesteringar som inte godkänts av Socialstyrelsen inom ramen för den nationella processen, får minskat statsbidrag.

## Digitalisering inom hälso- och sjukvården

Digitalisering är ett verktyg för att förbättra tillgängligheten, patientsäkerheten och öka kvaliteten. Dessvärre möter patienter och medarbetare oftast krångliga digitala lösningar som snarare tar tid och energi istället för att underlätta. Digitaliseringens verkliga potential ligger i möjligheterna till effektivare arbetsätt och direkt kommunikation med patienter, samt nyttjandet av stora datamängder i ledning, styrning och verksamhetsutveckling som kan realiseras när ny teknik används klokt och samordnat. Hittills har dock digitaliseringen till största delen hittills handlat om att datorisera redan befintliga informationsmängder och processer. Flera saker behöver göras för att vi ska kunna dra nytta av alla de fördelar som digitalisering kan ge.

Men det kräver strategiska nationella beslut om standarder och terminologi så att skilda system är kompatibla med varandra. Det handlar framförallt om journalsystem och kvalitetsregister men också andra system. Staten är den mest naturliga instansen för att besluta om standarder. Ett sådant ställningstagande tog en enig riksdag i våras efter motioner från bland annat Kristdemokraterna och regeringen har nu fått mandat att agera. De bör dessutom agera skyndsamt mot bakgrund av de behov som finns inom detta område för hela hälso- och sjukvården.

Det är också avgörande att sjukvårdens medarbetare och patienter har reell möjlighet att vara delaktiga, utbildas och att processer utvecklas parallellt med de nya it-systemen. Regeringen och SKR:s styrelse har beslutat anta en vision som utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården. Det är ett minst sagt ambitiöst beslut. Om vi ska ha en rimlig chans att nå målet krävs utveckling av digitala system för uppföljning, diagnos, prevention och egenvård; integrerade journal- och patientdatasystem för minskad administration och bättre verksamhetsuppföljning; ökad tillgänglighet och effektivare patientflöden genom digitala kontaktvägar; starkare patientinvolvering som gör patienter till medskapare av sin egen vård.

Vi anser att ett tydligare patientperspektiv behövs i kvalitetsregistren. Idag är kvalitetsregistren ofta utformade utifrån vårdgivarnas behov snarare än patienternas. Patienterna bör exempelvis ges bättre möjligheter att komplettera kvalitetsregistren med egen data.

Det område som kanske är mest lovande inom all digitalisering av hälso- och sjukvården är de förbättrade möjligheterna till prevention och egenvård. Individualisera preventionsinsatserna och gör patienterna mer delaktiga i sin egen vård och hälso-utveckling. Det skapar i sin tur förutsättningar för en kontinuerlig uppföljning, som görs både av patienten själv och av vårdpersonal. För att skapa de bästa förutsättningarna för denna utveckling menar vi att det är avgörande att ge patienter äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformation.

Så länge e-hälsofrågorna har varit aktuella i den politiska debatten, har integritetsfrågorna diskuterats parallellt. Det är inte så konstigt eftersom vården hanterar data som är något av de mest integritetskänsliga uppgifter som finns. Ett flertal utredningar har genom åren försökt att kryssa mellan å ena sidan välfärdssystemens behov av uppföljning och verksamhetsutveckling, och å andra sidan berättigade krav på personlig integritet. Dessa frågor är inte okomplicerade och uppfattningar beror oftast på vilken av de två sidorna man främst beaktar.

Den svenska hälso- och sjukvården är i stort behov av innovationer och mätbara resultat inom data som skapas genom mötet mellan patient och vårdpersonal. Men hos såväl de medicinska professionerna, patientföreträdarna och e-hälsoföretagen finns en frustration över Datainspektionens tolkning av nuvarande regelverk som de menar onödigtvis hindrar utvecklingen på området. En parlamentarisk utredning behöver tillsättas för att skapa förankring, diskutera etiska dilemman och föreslå långsiktiga spelregler. Som regelverket ser ut idag råder osäkerhet om vad som får göras och inte göras när det gäller olika typer av digitaliserings- och uppföljningsmetoder. Detta hämmar nödvändig utveckling, innovation och forskning samt uppföljning av medicinska resultat och verksamhetsutveckling.

## Precisionsmedicin

Precisionsmedicin syftar till att ge rätt behandling till rätt patient i rätt tid genom att sjukvården i ökande utsträckning går från att behandla alla patienter med en diagnos på ett likartat sätt, till att anpassa behandlingen till enskilda patienters genetiska, miljömässiga och livsstilspåverkade förutsättningar över tid. De nya möjligheterna till mer precis och pricksäker behandling bygger på biologisk information och biomarkörer på molekylnivå hos patienten samt patientdata om hur genetiska faktorer interagerar med miljö- och livsstilsfaktorer. Det är därför avgörande att hälsodata och vårddata tillgängliggörs på ett ändamålsenligt sätt så att forskningens och hälso- och sjukvårdens behov säkras. Samtidigt måste det tillförsäkras att patientens integritet värnas. Dessvärre finns det stora brister inom detta område idag. I Kristdemokraternas kommittémotion ”Apotek och läkemedel – en självklar del av hälso- och sjukvårdskedjan” utvecklar vi vår syn kring precisionsmedicin och life science i stort.

## Spetspatienter

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

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

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

Forskaren Sara Riggare har under lång tid arbetat för att synliggöra patienten i vården och skapa en förändring, inte minst på systemnivå. Hon har etablerat begreppet spetspatienter som numera också ingår i SAOL. Spetspatienterna arbetar för att utveckla vården. De anger själva följande om begreppet: ”En spetspatient är en patient eller närstående som vet, kan och vill mer. Utifrån sin egen kapacitet och funktionsförmåga hanterar spetspatienter sina hälsoutmaningar på ett konstruktivt och kunskapsbaserat sätt. Spetspatienter är kunniga egenvårdare som tar ansvar för sin må-bra-tid. De är öppet egenerfarna och arbetar ofta för att förbättra vården och/eller hälso- och sjukvårdssystemet, både för sig själva och för andra patienter.”

Hälso- och sjukvården behöver hitta struktur och former så att spetspatienter kan medverka till en förbättrad hälso- och sjukvård.

## Bättre förutsättningar för vårdpersonal

Många av de förslag som Kristdemokraterna har för att förbättra för patienterna, förbättrar också arbetsmiljön för vårdpersonalen. Man kan också uttrycka det på det omvända sättet: de förslag vi lämnar för att minska kompetensbristen och förbättra arbetsmiljö för vårdens medarbetare förbättrar också för patienterna. Det är viktigt att se att dessa delar är kommunicerande kärn. När arbetsstrukturen ger förutsättningar för kontinuitet och trygghet minskar stressen för personalen. När överbeläggningarna minskar och samverkan mellan regioner och kommun blir bättre kan personalen ägna mer tid åt patienten. Hälso- och sjukvården blir då en mer attraktiv arbetsplats. För att säkra kompetensförsörjningen krävs det emellertid ytterligare satsningar.

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

Förutom att utöka antalet utbildningsplatser är det viktigt att säkerställa att ännu fler av den erfarna vårdpersonalen stannar kvar i yrket. Även om det förekommer att utbildad vårdpersonal söker sig till andra yrken så finns många kvar. Av utbildade sjuksköterskor finns 91 procent kvar i yrket efter fem år, 87 procent är kvar efter åtta år. Mer behöver göras för arbetsmiljön så att ännu fler är kvar och framförallt är det viktigt när det gäller erfaren personal. Sjukvårdshuvudmännen har här ett mycket stort ansvar för arbetsmiljön och för att personal med en längre sjukvårdsutbildning ska arbeta med det de är utbildade för. Arbetsgivaren så väl som rättsvårdande myndigheter måste även ta ett större ansvar för att sjukvården ska vara en trygg arbetsplats. Hot och våld mot vård- och omsorgspersonal ska aldrig accepteras. Kristdemokraternas konkreta förslag på åtgärder inom detta område återfinns i vår kommittémotion ”Tydliga reaktioner mot brott”.

Sjuksköterskorna är ovärderliga för att säkerställa en god vårdkvalitet. Arbetsvillkoren måste förbättras och statusen på yrket höjas för att fler sjuksköterskor i ännu högre utsträckning ska vilja och orka stanna inom vården. Sjuksköterskor och undersköterskor måste få fokusera på vården. Vi ser därför väldigt positivt på att snart alla regioner har olika funktioner av vårdserviceteam som kan avlasta med arbetsuppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Det är något vi kristdemokrater arbetat för under en längre tid. Även arbetsledningen måste förbättras genom ledarskapsutbildning och vi vill ge sjuksköterskor bättre möjlighet till specialistutbildning. Specialistutbildning för sjuksköterskor ska vara betald och finnas på lika villkor i hela landet. Det samma gäller för barnmorskor. Kristdemokraternas förslag om fler utbildningsplatser finns inom vår kommittémotion för utgiftsområde 16. Så kallade utbildningsanställningar under specialistutbildning kan vara ett sätt att öka tillgången på kvalificerad personal. Vi

anser även att införandet av karriärtjänster för klinisk forskning skulle stimulera vårdpersonalens kompetensutveckling och behöver övervägas av alla regioner.

I glesbygd och landsbygd rapporteras det återkommande om bristen på medicinskt utbildad personal och allt högre kostnader för att få dit hyrpersonal. Denna utveckling måste brytas såväl av patientsäkerhetsskäl, arbetsmiljöskäl som kostnadsskäl.

Vi föreslår att det utreds hur ett statligt stöd kan utformas för att ge sjuksköterskor och läkare förmånligare anställningsvillkor i regioner där det har visat sig svårt att upprätthålla en kontinuerlig verksamhet med god kvalitet.

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

## Lagstadgad rätt till fortbildning

Vi har många välutbildade och kunniga medarbetare i hälso- och sjukvården, liksom i skolan. Många av dem har yrken som innebär en legitimation. Det gäller för lärare, sjuksköterskor, förskollärare, sjukhuskuratorer, fysioterapeuter, läkare, arbetsterapeuter osv. Legitimationen ges när man fullgjort utbildningen och kan uppvisa att man har den kunskap och kompetens som krävs. Legitimation för yrke i hälso- och sjukvården har under lång tid ansetts utgöra det viktigaste beviset på en yrkesutövares kompetens och lämplighet. Legitimation inom skolan är av yngre datum och har ännu inte fullt ut getts den betydelse som den bör ha.

När legitimationen har erhållits så saknas det idag reglering för hur man tillförsäkrar den legitimerade yrkespersonen kontinuerlig fortbildning. Vi anser att det är nödvändigt med lagstadgad rätt till fortbildning av god kvalitet. Kunskaperna om exempelvis omvårdnad, didaktik, pedagogik, nya terapier osv utvecklas och legitimerad personal ska kontinuerligt få del av forskning och utveckling. Möjligheten till vidareutbildning bör också finnas med. Det kan handla om möjligheten att forska inom sitt område eller att lägga till en specialistfunktion inom yrket.

Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att utreda omfattning och struktur för en reglerad fortbildning av god kvalitet som all legitimerad personal har rätt till. Redan idag finns verksamheter med såväl budget som tid för fortbildning av god kvalitet. Men på många håll saknas det helt och blir något som görs om det blir pengar över.

## Minska administrativa krav

Byråkratiseringen av hälso- och sjukvården har på goda grunder lett till stor irritation hos vårdens medarbetare. Samtidigt har detaljregleringen – i stort och smått – påverkat snart sagt alla moment i exempelvis en läkares arbete. Det gäller allt från diagnosättning till dokumentation och val av behandling. Styrningen av hälso- och sjukvården måste vara tydlig och bygga på begripliga incitament, samtidigt som läkarnas och all annan vårdpersonalas ”kliniska autonomi” bibehålls och utvecklas. Som styrningen har

sett ut under en lång följd av år, är bilden den motsatta. Mer detaljstyrning och mindre möjligheter att påverka sitt arbete är ingen framgångsstrategi. Det visar inte minst tillväxten av hyrpersonal, där många valt ett friare arbetsliv, delvis utanför regionledningarnas kravmaskinella administrationssystem.

Kartläggningar inom ramen för utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) visar att omfattningen av administrativa krav är betydande och att det skett en tillväxt under den senaste tioårsperioden. Utredaren pekar på att ingen har ett samlat ansvar för att bedöma om de administrativa uppgifterna är rimliga och väl avvägda när det gäller arbetsinsats kontra nytta. Det är en intressant iakttagelse som dock inte resulterar i något konkret förslag (utredningen har dock flera detaljförslag). Regeringen bör därför skyndsamt ge ett sådant uppdrag till myndigheterna på området.

Uppdraget bör ta sin utgångspunkt i det faktum att den samlade effekten av styr-signaler och krav sannolikt är överväldigande. Regionledningar, regeringen, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Arbetsmiljöverket, Läkemiddelsverket och SKR, för att nämna några intressenter, bidrar med en ökad detaljreglering. Var och en av dessa ser till sitt – och kan motivera beslut och krav – men i slutändan sitter läkarna och vänder papper istället för att träffa patienter.

Vi förordar en kartläggning och åtgärdsplan i varje region för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön. Erfarenheterna från pandemin då vissa rutiner och redovisningar togs bort utan att vården och patientsäkerheten påverkades bör tas tillvara. Fler tjänstepersoner har anställts inom regionerna samtidigt som vi har brist på vårdpersonal. Varje region behöver granska sin verksamhet och medverka till att det främst är vårdpersonal och vårdnära medarbetare som exempelvis medicinska sekreterare som anställs. Det är inom dessa områden en ökning måste ske.

## Tandvård

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

År 2008 genomförde Kristdemokraterna tillsammans med de övriga allianspartierna en stor tandvårdsreform. För alla som var under 20 år skulle tandvården bli gratis. För alla över 20 år infördes det ett allmänt tandvårdsbidrag tillsammans med ett högkostnadsskydd. Avsikten var att uppmuntra till att kontinuerligt undersöka tänderna och underlätta de ekonomiska konsekvenserna vid större ingrepp. Ett extra stöd infördes till personer som på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling har behov av extra stora insatser. Grunderna i reformen har varit bra. Däremot har reformen inte gett önskade effekter i form av ökad besöksfrekvens. Alltför många vuxna anger fortfarande att de avstår från tandvård på grund av kostnaderna.

Enligt Socialstyrelsen har tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats. Det kvarstår dock socioekonomiska skillnader. Enligt TLV konsumerar de med allra lägst inkomster mindre tandvård, och får därför mindre stöd än individer i samma ålder med högre inkomst. Andelen vuxna över 23 år som besöker tandvården har minskat med ca sju procent mellan 2011–2018. I synnerhet i ålder 35–49 år. Men samtidigt har andelen akuta besök ökat vilket kan vara ett tecken på att man inte går regelbundet till tandläkaren. Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationsinsatsning

kring tandvårdsförsäkringen. Vi ser även positivt på regeringens beslut att höja det allmänna tandvårdsbidraget. Tänderna är en del av kroppen och därför bör det på längre sikt utformas ett system som på ett bättre sätt än idag tar sikte på det. Ett steg mot detta vore att fortsätta att sänka högkostnadsskyddet.

Tandvården kan bidra till en bättre hälso- och sjukvård genom en ökad samverkan mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården. Nya kunskaper visar att såväl viss hjärt- och kärlsjukdom som benskorhet kan upptäckas tidigt inom tandvården. Det innebär, menar vi kristdemokrater, att samverkan måste utvecklas så att tidig upptäckt och prevention kan öka genom en bättre och mer utvecklad samverkan mellan tandvården och övrig hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen menar också att samverkansmodeller för vård och omsorg behöver omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen menar även att ett utvecklingsområde inom tandvården är att nationell och regional kunskapsstyrning måste omfatta munhälsa och tandvård. Vi håller med om att samverkan underlättas om det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer. Socialstyrelsen menar vidare att tandvården behöver omfattas av arbetet med utvecklingen av gemensamma journalsystem och e-hälso- och sjukvårdstjänster.

Vi ser positivt på att regeringen tillsatt en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur tandvårdssystemet kan utvecklas och bli mer resurseffektivt och jämlikt, för att kunna minska skillnaderna i tandhälsa hos befolkningen. I januari 2020 kom ett tilläggsuppdrag där utredaren ska föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningen ska redovisas i mars 2021. För Kristdemokraterna är det viktigt att fler personer söker tandvård regelbundet, för att det ska vara möjligt att kunna förebygga ohälsa som ofta uppkommer i senare år. Det är även viktigt att förbättra situationen för de som har särskilda tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom, vi ser därför fram emot utredningens slutsatser.

## Tandhälsan bland barn och unga

Tandhälsan bland barn och unga är generellt sett god. Däremot är tandhälsan ojämn och skiljer sig åt mellan regioner och inom åldersgrupper i varje region. Vad gäller karies hos de yngre barnen, visar Socialstyrelsens senaste undersökning att andelen barn i 3-årsåldern med karies är oförändrad (5 procent) sedan 2011, och bland 6-åringar kunde vi se en ökning 2011–2017 med 6 procentenheter men som nu är oförändrad, 73 procent var kariesfria 2018. Kristdemokraterna ser positivt på att ökningen av antalet 6-åringar med karies stannat av, men däremot är det allvarligt att mer än 1/4 av barnen har karies vid 6 års ålder. WHO har satt målet att 80 procent ska vara kariesfria vid 6 år i Europa, varav vissa regioner klarar detta, men vi har fortfarande en bit kvar nationellt<sup>10</sup>. Enligt Socialstyrelsen grundläggs goda tandvårdsvanor i förskoleåldern. Kristdemokraterna anser att mer behöver göras för att minska andelen 6-åringar med karies.

När det gäller tandhälsan bland 12-åringar har den i princip varit oförändrad sedan 2014, 67 procent är kariesfria, och bland 19-åringar är tandhälsan oförändrad, 40 % är fortfarande kariesfria (2018), efter att tidigare ha förbättrats under flera år. Kristdemokraterna menar att det behövs informationsinsatser för att öka tandhälsan bland 19-åringar.

Karies i mjölkttänderna medför en sämre prognos för munhälsa senare i barns och ungdomsåren. Det är därför avgörande för en vuxens tandhälsa hur tänderna sköts redan som litet barn. Enligt Socialstyrelsen riskerar tandhälsan att försämrars för unga 12-åringar

<sup>10</sup> Socialstyrelsen, Karies bland barn och ungdomar, 11/2-20.



och 19-åringar på sikt, då andelen barn i 6-årsåldern med karies ökade fram till 2017<sup>11</sup>. Vidare är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även om tandvården är fri för barn och unga innebär det att dessa barns och ungas tandhälsa är sämre.

Åldern för avgiftsfri tandvård har höjts stegvis från 19 år till 23 år. Kristdemokraterna delar inte uppfattningen att det främjar tandhälsan att erbjuda gratis tandvård högre upp i åldrarna för unga vuxna. Där kostnadsfriheten ökats till fler årskullar har de önskade effekterna uteblivit trots den avsevärda kostnad det innebär för skattebetalarna. Inriktningen på arbetet med att säkerställa en god tandhälsa för ungdomar måste istället ligga mycket tidigare, redan när de är barn och genom att arbeta med deras föräldrar. Hur ofta någon besöker tandvården kan nästan sägas gå i arv från förälder till barn. Det är alltså flera andra faktorer som kan påverka besöksfrekvensen hos tandvården som är svårare att komma åt. För trots att tandvården för barn och unga under 22 har varit avgiftsfri och att stödet till tandvård har ökat sedan 2008 är besöksfrekvensen i princip oförändrad sedan dess. Det tyder på att vi måste arbeta med denna problematik på andra sätt. Vi anser att åldern för avgiftsfri tandvård ska vara upp till 20 år.

## Klagomål och brister inom tandvården

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fattade Ivo beslut i 270 klagomålsärenden under 2018, varav det i hälften av fallen riktades kritik mot vårdgivaren. Ivo fattade också beslut i 64 lex Maria-ärenden rörande tandvård, varav 13 ledde till fortsatt tillsyn. Vi ser oroande på att en majoritet av lex Maria-anmälningarna rörde för sen diagnos inom barn- och ungdomstandvården. Enligt Ivo har vårdgivare också behandlat patienter med kronor, broar och implantat, när patientens egentliga problematik rört karies och tandlossning. Om behandling av karies och tandlossning inte sker, kan detta leda till stora skador i munnen. Det saknas vidare information i vårdgivares journaler, t ex om varför en patient sökt vård eller sjukdomshistorik. Enligt Socialstyrelsen har antalet anmälningar till Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) ökat och antas fortsätta öka kommande år. Enligt Löf beror det på flera olika faktorer: att det bedrivs mer vård i Sverige med en växande befolkning och en högre levnadsålder, operationer och medicinska ingrepp blir mer komplexa, kunskapen om försäkringen har ökat (både inom sjuk- och tandvård, samt i stort) samt på grund av patientsäkerhetslagen från 2011. Lagen innebär bl.a. att vården har en ökad skyldighet att informera vid inträffad skada. Kristdemokraterna ser det som allvarligt att anmälningarna om vårdskador ökat och att skador inom tandvård är bland de mest anmälda till Löf<sup>12</sup>.

Många är nöjda med sin tandvård, enligt Svenskt Kvalitetsindex 2019, har tandvården de allra nöjdaste patienterna av de branscher som mäts. Men det förekommer felaktiga utbetalningar och brottslighet i tandvården. Enligt Ivos rapport för 2019 uppskattas de felaktiga utbetalningarna av det statliga tandvårdsstödet till drygt 5 procent, motsvarande ca 300 miljoner kronor per år. Varav 2/3 bedöms vara avsiktliga fel<sup>13</sup> och organiserad brottslighet förekommer också rörande det statliga tandvårdsstödet<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård, april 2020, s. 90.

<sup>12</sup> LÖF, Skadestatistik, anmälningar till Löf under 2019.

<sup>13</sup> Delegationen för korrekta utbetalningar 2019.

Enligt Ivo finns koppling mellan brottslighet som rör tandvårdsstödet och brister i patientsäkerheten<sup>15</sup>. Kristdemokraterna ser det som allvarligt att det förekommer brottslighet rörande det statliga tandvårdsstödet och brister gällande patientsäkerheten, därför anser vi att regeringen behöver göra mer för att komma till rätta med dessa brister.

## Förstärkning av Patientlagen

All vård ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”<sup>16</sup>. För att patienterna ska kunna fatta informerade beslut måste de känna till möjliga behandlingsåtgärder, inklusive deras eventuella nackdelar och biverkningar. I detta avseende finns en betydande skillnad mellan de krav som ställs på sjukvården respektive tandvården. Enligt 3 b § tandvårdslagen ska patienten av vårdgivaren informeras om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Motsvarande bestämmelse finns i 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, men där hänvisas till vad som närmare anges i 7 kap. 1 § patientlagen.

Patientlagen (2014:821) syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, men den omfattar inte behandlingar enligt tandvårdslagen. 3 kap. 1 § föreskriver att patienten ska få information om ”väsentliga risker för komplikationer och biverkningar”, men någon motsvarande skrivning förekommer inte i tandvårdslagen. Vidare föreskrivs i patientlagen (4 kap. 2 §) att vårdgivaren ska inhämta patientens samtycke efter att denne fått nödvändig information om sitt tillstånd och behandlingsmöjligheterna. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (7 kap. 1 §). Några motsvarande skrivningar finns inte i tandvårdslagen.

Att utövare av tandvård inte behöver upplysa om risken för komplikationer och biverkningar av olika behandlingsalternativ försvårar för patienterna att undvika behandlingar och material som de, om varit bättre informerade, kanske hade velat välja bort. Bristen på information medför också att det blir svårare för patienten att förstå att en uppkommen störning kan utgöra en följd av en viss behandling och att den därför inte rapporteras och åtgärdas. Detta leder i sin tur att vårdgivarna inte får den feedback som de behöver för att bättre kunna bedöma risken för biverkningar. Sannolikt medför detta att tandvården missar en del biverkningar och komplikationer.

Kristdemokraterna anser att detta förhållande bör ses över så att patienten ges tillräcklig information och att patientens samtycke dokumenteras på lämpligt sätt.

## Tandvården i spåren av corona

Under pandemin har många patienter valt att skjuta upp besök i tandvården. Smittoriskerna har också gjort att många blivit tvingade att avstå även då en behandling påbörjats. Därför är det välkommet att regeringen förändrat högkostnadsskyddet så att det utökas tillfälligt under pandemin.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har uppskattat att ca 57 procent av patientbesöken görs hos en privat vårdgivare, medan Folk tandvården står för 43

---

<sup>14</sup> Nationellt underrättelsecentrum 2019.

<sup>15</sup> Ivo, Vad har vi sett 2019, s. 117.

<sup>16</sup> HSL.

procent. En stor del av vår svenska tandvård ges således av privata vårdgivare, varav många är småföretag, och sedan några år tillbaka finns även privata tandvårdskedjor, som alla gör viktiga insatser för människors tandhälsa. Under coronapandemin har många privata tandvårdgivare blivit ekonomiskt utsatta då många är småföretagare. Detta då all vård som kan anstå har skjutits upp eller på grund av att människor avstått från att besöka vården av rädsla för att bli smittad av covid-19. På grund av den utsatthet vi sett hos många småföretagare under krisen har Kristdemokraterna föreslagit flera åtgärder för att stötta just småföretagare. Vi har bl.a. föreslagit statliga kreditgarantier för Riksbankens lån till företagare, förändringar av korttidsarbete så att småföretagare måste omfattas, slopat företrädaransvaret för småföretagare, och utökade möjligheter för företag att skjuta upp skattebetalningar. Vi ser positivt på att regeringen har följt vårt exempel att stötta småföretagare genom att ha infört bl.a. förstärkt system för korttidspermitteringar och statliga kreditgarantier som inkluderar drabbade småföretag.

Det behövs också en tandvårdsakut som ger stöd till de privata tandläkarmottagningarna utifrån deras situation. Konkreta förslag har lämnats av Privattandläkarna men ännu saknas besked från regeringen i denna del. Kristdemokraterna anser att de privata tandläkarnas situation behöver uppmärksammas i spåren av pandemin.

## Organdonation

Svenskarna ligger högst i Europa när det gäller viljan att donera sina organ efter sin död. Sverige ligger även långt fram inom transplantationskirurgin. Trots det är antalet genomförda donationer jämförelsevis lågt. Över 800 personer väntar varje år på en organtransplantation. Varje år avlider omkring 50 personer medan de väntar.

Utredningen om donations- och transplantationsfrågor, Organdonation – En livsviktig verksamhet (SOU 2015:84), lade fram en rad förslag om hur informationen om möjligheten att ta ställning till att donera sina organ skulle kunna bli bättre, och om hur fler organ skulle kunna tas tillvara. Utredningens förslag togs väl emot av remissinstanserna, men enligt Regeringskansliets jurister kunde ett av förslagen strida mot grundlagen. En ny utredning, ”Medicinska insatser som syftar till att främja donation av biologiskt material”, tillsattes därför och dess förslag presenterades i maj 2019. Propositionen lämnas till riksdagen under hösten 2020 och Kristdemokraterna ser fram emot att ett lämpligt tillvägagångssätt hittas så att alla myndiga medborgare registrerar sitt beslut om organdonation.

## Statens medicinsketiska råd Smer

De medicinsketiska frågornas antal och svårighetsgrad ökar när teknikutvecklingen går framåt. Statens medicinsketiska råd (Smer) har uppdraget att vara i framkant när det gäller etiska bedömningar. Utredningar och kommittéer är en fråga regeringen förfogar över och därför kan inte riksdagen göra någon budgetsatsning. Dock vill vi markera vikten av att regeringen tillför Smer ytterligare resurser för att kunna fullfölja sitt uppdrag utredningar och kommittéer är det en fråga som regeringen förfogar över och någon

budgetsatsning är inte möjligt från riksdagens sida. Däremot hemställer vi att regeringen förbättrar möjligheterna för Smer och ger dem ökat anslag.

## Nej till dödshjälp

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

Förespråkarna för dödshjälp väljer i allmänhet att fokusera på några specifika grupper. Dels handlar det om personer – gamla eller unga – med en obotlig sjukdom som kommer att dö inom kort. Ofta är argumentet att minska lidandet och att den enskilde själv måste få bestämma över sin död och tidpunkten för den. En annan grupp är små barn med mycket svåra funktionshinder. Argumentet är i dessa fall att de aldrig kommer att få leva ett bra liv och att de är en belastning för sin omgivning. En tredje grupp är personer som råkat ut för en olycka eller sjukdom och därför fått ett svårt funktionshinder. Men det är inte bara i dessa specifika fall som dödshjälp förespråkas. Kraven reses också på att vem som helst, när som helst och av vilket skäl som helst ska få det offentliga hjälp att ta sitt eget liv.

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

Obotliga och ibland väldigt smärtsamma sjukdomar skrämmer människor. Det är ingenting någon vill uppleva eller se nära och kära drabbas av. Men sjukvården ska inte ändra sitt fokus. Det handlar om grundläggande människosyn och människovärde, men också om värdighet. Om vi accepterar dödshjälp som en utväg ur en svår situation eller ett svårt lidande minskar vi samhällets ansvar för att hjälpa den utsatte. Det finns en risk för att samhället lägger ansvaret för valet att leva vidare på den enskilde eller ansvaret för att ta hand om ett handikappat barn på föräldrarna som valde att föda det.

Samhället är inne på en mycket farlig väg om utomståendes subjektiva bedömning får avgöra vad som gör ett liv värt att leva. Med hjälp av mänskligt stöd och assistans, hemhjälp och tekniska hjälpmedel och mediciner lever många personer ett gott liv och betyder oerhört mycket för sina anhöriga trots omfattande funktionsnedsättningar och svåra sjukdomar. Hur kan vi veta att inte oron för att vara en börda för sin omgivning påverkar beslutet om att begära dödshjälp?

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

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

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

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

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

Grundregeln är att patienten har rätt att själv avgöra om den vill ha vård eller ej. Patienten måste i princip själv bestämma vilken behandling denne vill utsätta sig för.

Om det bedöms att döden är nära förestående och att återvändo till en meningsfull tillvaro är utesluten, är det accepterat att livsuppehållande behandling inte behöver ges.

Om en patient även efter ingående information och trots den påverkan som en läkare genom sin auktoritet och sin ställning utövar, motsätter sig behandling, har läkaren att rätta sig efter patientens önskemål.

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

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

## Värdig vård i livets slutskede

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

Det är av naturliga skäl mycket svårt att forska om hur en människa upplever sitt avsked av livet. Men avskedet är lika viktigt för det. Det handlar om värdighet, respekt och integritet. Det handlar om att skapa trygghet även för dem som inte själva står inför

livets slut. Alla kommer att dö någon gång och för att kunna leva ett rikt liv behöver vi få känna en trygghet även inför döendet. Ett värdigt sätt att ta avsked av livet är således en livskvalitetsfråga för alla. Därför måste vi våga tala om och lyfta fram vikten av ett gott avsked av livet.

## Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?

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

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

## Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

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

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

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

## Hospice – hemlik vård i livets slutskede

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

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

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

## Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är ett stort problem för många par. Ungefär en tiondel av de par som önskar få barn tillsammans i Sverige är drabbade. Den livskris detta orsakar måste tas på stort allvar. Att vilja bli förälder men inte kunna väcker ofta existentiella frågor. Forskning visar att ofrivillig barnlöshet för många är något av det mest påfrestande någon kan utsättas för. Det kan liknas vid en mycket långdragen kris utan tydlig avgränsning i tid. Därtill är det också ofta något som omvärlden inte känner till. Att på olika sätt stödja och hjälpa personer i den livssituationen är naturligt för oss som tror på familjens och de små gemenskapernas betydelse. Det kan handla om att bejaka fertilitetsbehandling inom etiska ramar, men också om att arbeta för större öppenhet i samtal runt barnlöshet och bättre möjlighet till exempelvis stödsamtal och krisbearbetning. Men det är också viktigt att politiskt verka för en kulturell och social situation som möjliggör och uppmuntrar familjebildning och barnafödande i åldrar då det är lättast för en kvinna att bli gravid och föda barn. Att skapa goda möjligheter också för yngre föräldrar att ta emot ett barn är en viktig fråga för Kristdemokraterna.

Idag väljer allt fler att vänta allt längre med att bilda familj. Många livsmål konkurrerar med valet att försöka få barn och medelåldern för förstföderskor ligger i storstadsområdena nu över 30 år. Allt fler kvinnor väljer således att föda sitt första barn när de passerat den ålder då det biologiskt och medicinskt är optimalt för kvinnan att föda, nämligen mellan 20 och 29 år. Eftersom fertiliteten sjunker i ganska snabb takt efter 30-årsåldern innebär det uppskjutna barnafödandet att problemen med ofrivillig barnlöshet ökar.

## Assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är för många mycket smärtsamt och då det finns medicinska orsaker är det enligt WHO prioriterat att ge stöd för att avhjälpa. Men det innebär inte att utgångspunkten kan vara att vuxna har rätt till barn. Alla barn har rätt till sina

föräldrar, något som kommer till klart uttryck i barnkonventionen genom att barn i så stor mån det är möjligt har rätt att få veta vilka föräldrarna är och få omvårdnad av dessa.

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

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

Pappors betydelse och roll för sina barn lyfts fram allt mer och barnets rätt till båda sina föräldrar har präglat de senaste årens lagstiftning, exempelvis reformeringen av vårdningsreglerna. En övergripande ambition har varit att främja barnets goda kontakt med båda föräldrarna efter en separation. Detta är en viktig utgångspunkt i lagstiftningen väl värd att värna. Det åtagande vi gjort enligt barnkonventionen att barn så långt som möjligt ska ha rätt att känna till sina föräldrar och uppfostras av dem gäller under hela barnets uppväxt.

Även för den som bortser från argumentet om att pappor är viktiga i barnens liv, är det svårt att bortse från att ett barn som redan från början fräntas en förälder är mer utsatt. Och det oavsett hur bra den ensamstående föräldern är i sitt föräldraskap. Det var också något som den dåvarande socialdemokratiska regeringen poängterade i propositionen som möjliggjorde assisterad befruktning för lesbiska par (prop. 2004/05:137): Att ha två föräldrar ger barnet trygghet ekonomiskt, socialt och rättsligt – inte bara under den tid familjen lever tillsammans utan också ifall föräldrarna skulle separera eller någon av dem skulle avlida. Barnet har rätt till underhåll från sina föräldrar och arvsrätt efter dem och deras släktingar. Vidare är reglerna om vårdnad, boende och umgänge knutna till föräldraskapet.

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

## Mer forskning om barnen

Det är angeläget att det bedrivs forskning för att förbättra kunskapsunderlaget om konsekvenserna för barnen och deras familjer, när barnen kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller. Även om den forskning som hittills finns är begränsad så tyder den på att avsaknaden av genetisk koppling mellan barn och förälder inte leder till några negativa konsekvenser. Barn som tillkommit genom ivf-behandling med enbart donerade könsceller tycks generellt ha lika goda uppväxtvillkor som andra barn. Oavsett genetisk koppling så växer ett väldigt starkt band mellan den havande kvinnan och barnet under graviditeten. För barnet förefaller kunskapen om det genetiska ursprunget vara av mycket stor vikt, medan välbefinnandet i sig inte är avhängigt av en genetisk koppling till föräldrarna.



Barn som tillkommer såväl genom donerade redan befruktade ägg som genom två donerade könsceller kommer att sakna genetisk koppling till båda eller en av föräldrarna. Det är därför av största vikt att barnen tillförsäkras rätten till kännedom om sitt genetiska ursprung. Vi vill därför att barn, när det uppnått tillräcklig mognad, ska ha rätt att från sina föräldrar få kännedom om att det tillkommit genom assisterad befruktning. Barn ska också ha både rätt att få sina uppgifter införda i den särskilda journalen för donatorn och rätt att få ta del av de anteckningar som finns om eventuellt andra personer som finns antecknade i samma journal.

## Surrogatmödraskap

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

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

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

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

Det finns en risk att ett system som tillåter surrogatmödraskap leder till exploatering av socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor. Vi vill inte medverka till det. Erfarenheter från länder där det är tillåtet visar att denna risk är påtaglig. Det strider mot grundläggande värden om integritet och värdighet om utsatta kvinnor utnyttjas som medel för andra människors längtan efter barn. Vi menar att det är moraliskt fel att använda kvinnors kroppar som medel för att uppfylla andra människors längtan efter barn. Det strider mot människans integritet och värdighet. Vi ser en risk att surrogatmodern görs till medel för andra människors behov på ett exploaterande sätt.

Med hänsyn tagen till försiktighetsprincipen och barnperspektivet samt på grund av de övriga risker för exploatering som surrogatmödraskap för med sig bör detta även fortsatt inte vara tillåtet i Sverige. Vi välkomnar därför att regeringen kom till samma slutsats i propositionen ”Modernare regler om assisterad befruktning och föräldraskap” (prop. 2017/18:155) och att det blev riksdagens beslut.

Vår hållning i grundfrågan till trots så är det viktigt att barn som tillkommit genom surrogatmoderskap inte drabbas genom exempelvis avsaknad av personnummer eller liknande. Denna typ av problem har vi i skatteutskottet verkat för att undanröja.

## Abort

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

Mot bakgrund av människovärdesprincipen är det omöjligt för staten och lagstiftaren att ställa sig neutrala till det etiska dilemma som en abort innebär. En abort innebär att ett liv släcks. Lösningen på detta dilemma är emellertid inte förbud. Erfarenheten visar att där aborter inte är tillåtna utförs de ändå, och då med metoder som hotar kvinnors liv och hälsa.

Kristdemokraterna försvarar aborträtten och nuvarande lagstiftning. Det är inte rimligt att någon annan än kvinnan fram till vecka 18 fattar det avgörande beslutet om en eventuell abort. Det offentliga ansvar är att stödja kvinnan oavsett beslut. Förutom det stöd som kan behövas i själva beslutsprocessen så har vi ett ansvar att se till att det finns sociala, praktiska och ekonomiska förutsättningar att välkomna ett barn. Föräldraförsäkringens utformning, bostadsmarknadens funktionssätt, tillgången till barnomsorg och möjligheten att fullfölja studierna för den som inte hunnit klart med sin utbildning är alla viktiga komponenter för att fler som blivit oplanerat gravida ska kunna våga ta beslutet att fullfölja graviditeten.

Kristdemokraternas etiska grundsyn och långsiktiga mål är ett samhälle där abort inte efterfrågas och där den betraktas som en nödfallsåtgärd. Med denna inställning som grund föreslås därför att fokus i det abortförebyggande arbetet ska ligga på åtgärder som kan medverka till en påtaglig minskning av antalet aborter. Svaga inkomster ska inte behöva tvinga fram en abort. Det bör vara möjligt att ta emot ett barn redan innan du har en fast inkomst. För tonåringar blir beslutet att fullfölja en graviditet ofta beroende av om de stöds och kan försörjas ekonomiskt av sina föräldrar, men ett så viktigt beslut ska inte vara styrt av om ens föräldrar stöder det eller inte.

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

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

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

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

Allt större andel av aborterna genomförs allt tidigare i graviditeten<sup>17</sup>. År 1995 utfördes 55 procent av aborterna före vecka 9 och 10 procent före vecka 7. Under 2019 var motsvarande andelar 85 procent före vecka 9 och 59 procent före vecka 7. Under 2018 bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd 545 ansökningar av abort efter vecka 18. Av dessa ansågs 525 ha synnerliga skäl och ansökan om abort beviljades.

Trots att vår lagstiftning tar fasta på fostrets möjlighet att överleva vittnar vårdpersonal om att det ändå förekommer att aborter görs i ett så sent skede att lagen riskerar att överträdas eller till och med överträds. Enligt Socialstyrelsens rättsliga råd står det klart att en abort ska vara avslutad före ingången i vecka 22. Delar av professionen gör dock en annan tolkning av när en abort ska vara avslutad. Som lagstiftare är det vår uppgift att också följa att våra lagar efterlevs. Det är välkommet att frågan diskuteras ute i verksamheterna men det är också ytterst angeläget att säkerställa att inga ändringar görs i riktning mot att frånga den gällande lagstiftningen. Vi ser inte att det i nuläget finns anledning att ändra lagstiftningen eftersom det rättsliga rådet varit tydliga i hur lagen ska tillämpas, men vi bevakar frågan. Om det skulle komma att ändras behöver lagstiftningen ses över i syfte att upprätthålla det som är lagens mening: att aborter inte beviljas så sent i graviditeten att fostret kan antas ha möjlighet att överleva.

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

<sup>17</sup> Socialstyrelsen, Statistik om aborter 2019.

## Ungdomsmottagningar och preventivmedel

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

Vi vill att ungdomsmottagningarna blir delaktiga i skolans sexualundervisning eftersom ungdomsmottagningarnas personal är mer vana att tala om dessa frågor på ett naturligt sätt. I ungdomsmottagningarnas verksamhet ska det också framgå att samhället inte ställer sig neutralt till det spirande livet. Det är viktigt att ungdomsmottagningarna får riktlinjer för det preventiva arbetet och att arbetet kvalitetssäkras genom öppna jämförelser av data för sexuellt överförbara infektioner samt tonårsaborter.

Kristdemokraterna genomförde under regeringsperioden 2006–2014 flera åtgärder för att förbättra och utöka tillgången till information om sex och samlevnad, inte minst den nationella webbaserade ungdomsmottagningen umo.se. Vi gav också Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en vägledning för riktade preventiva insatser gentemot ungdomar och unga vuxna inom området hiv och sexuellt överförbara infektioner, STI, inkluderat sex- och samlevnadsinformation.

Regeringen införde 2017 kostnadsfria preventivmedel för ungdomar som inte har fyllt 21 år. Reformen är en viktig del i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter bland ungdomar. Det är glädjande att antalet aborter bland unga minskar. År 2019 rapporterades färre än 10 aborter per 1 000 i åldersgruppen 15–19 år och det motsvarar mer än en halvering jämfört med år 2009. Även i åldersgruppen 20–24 år observeras en minskning av antal aborter under tioårsperioden, från 33,4 per 1 000 kvinnor år 2009 till 24,4 år 2019. Det är fortsatt angeläget att ytterligare minska antalet oönskade graviditeter i åldersgruppen 20–24 år. Att subventionera preventivmedel även för personer upp till 24 år kan vara en möjlig åtgärd. Kristdemokraterna vill därför att Socialstyrelsen utreder behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år.

## Fosterdiagnostik

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

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

Den typ av fosterdiagnostik som tillämpas idag är i huvudsak inriktad på att bedöma sannolikheten för, eller fastställa, kromosomavvikelse. Den vanligaste kromosomav-

vikelsen innebär att barnet föds med Downs syndrom. I relation till många andra funktionshinder kan Downs syndrom betraktas som en relativt lindrig avvikelse. Anledningen till att barn med just Downs syndrom med hjälp av modern fosterdiagnostik selekteras är alltså inte att det är ett funktionshinder som det är särskilt plågsamt eller svårt att leva med, utan att möjligheten finns. Det görs helt enkelt därför att det går och inte därför att det är mer etiskt försvarbart än att selektera bort barn med andra funktionshinder eller egenskaper. Sjukvårdens normgivande roll gör en etisk diskussion om syften och konsekvenser nödvändig. Med nya metoder som innebär mindre risk för missfall finns en risk att de därmed börjar användas än mer slentrianmässigt. Möjligheten att upptäcka vissa avvikelser redan på fosterstadiet innebär dock inte att alla gravida kvinnor ska uppmanas eller ens erbjudas att låta göra fosterdiagnostiska undersökningar för att efterforska dem.

Det är viktigt att sjukvården tar sin normgivande roll på största allvar och erbjuder stöd, hjälp och bästa tänkbara vård till de barn som föds med sjukdomar eller funktionsnedsättningar och till de föräldrar som får ett barn med särskilda behov. Fosterdiagnostik reser etiskt svåra frågor då det ger föräldrarna information och kunskap som kan vara mycket svåra att hantera. Hur ska ett föräldrapar kunna värdera informationen om att det barn de väntar är drabbat eller kommer att drabbas av en allvarlig och omfattande eller mindre allvarlig åkomma?

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

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

En invändning mot att kritisera fosterdiagnostikens potentiellt utsorterande effekt är att de aborter som görs efter diagnostik utgör ett mycket litet antal, att jämföra med de tusentals aborter som görs utan att några skäl uppges. Samtidigt är det angeläget att problematisera det faktum att samhället – som ska skapa förutsättningar för en gravid kvinna att i möjligaste mån välja att fullfölja en oplanerad graviditet – med hjälp av

fosterdiagnostik söker efter skäl för blivande föräldrar att avbryta planerade graviditeter. Det är i hög grad rimligt att i samband med information om fostervattensprov också informera om vilket stöd till barn och föräldrar som samhället ger, om provet skulle visa risk för fosterskada av något slag. Debatten om, och varningen för, selekterande fosterdiagnostik behövs för att värna människovärdet, motverka en relativisering av detta och motverka diskriminering.

## Etiska dilemman för personal i vården

Av Europakonventionens artikel 9 framgår:

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

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

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

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

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

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

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

personalpolicyn. Ingen medarbetare har en ovillkorad rätt att avstå vissa arbetsuppgifter som ingår i yrkesexamen.

## Mångfald av utövare

Det finns ett hot mot hela välfärden på grund av att några partier vill införa vad de kallar ett vinsttak för privata aktörer men som i praktiken skulle innebära ett nästan totalt stopp på möjligheterna att långsiktigt driva och utveckla dessa verksamheter. Ett vinsttak enligt Valfärdsutredningens förslag skulle försämra förutsättningarna för de privata aktörerna så radikalt att de inte skulle kunna fortsätta sina verksamheter. Det så kallade vinsttaket innebär enligt utredningens förslag att företagets vinst får motsvara maximalt 7 procent av det bokförda operativa kapitalet per år. Det motsvarar ett överskott om ca 0–2 procent vilket är för lite för att klara investeringar eller för att utgöra buffert för oväntade händelser.

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

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

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

De som bygger äldreboenden, sjukhus och vårdcentraler arbetar i privata företag. De kan själva starta eget företag i sin bransch och de är oftast män. De som däremot arbetar med vård och omsorg i dessa byggnader har under lång tid varit hänvisade till en offentlig arbetsgivare. De har inte haft möjlighet att starta eget i sin bransch och har oftast varit

kvinnor. När valfrihetsreformerna inom välfärdssektorn introducerades innebar det en stor förändring för de anställda i denna kvinnodominerade sektor. Då skapades nya möjligheter för människor till kreativitet och entreprenörskap. Nya karriärvägar öppnades. Det gav positiva effekter på kvinnors löneutveckling, inte minst då antalet arbetsgivare ökat. Reformerna har inneburit positiva effekter för kvinnligt företagande. Valfriheten i välfärden skapar förutsättningar för ett jämställt Sverige.

## Generell tillståndsplikt

Inom såväl privat som offentlig välfärd finns det verksamheter som håller för låg kvalitet. Att komma till rätta med dessa kvalitetsbrister är en central uppgift. Kristdemokraterna ser det som helt nödvändigt med höga och tydliga kvalitetskrav på samtliga aktörer inom välfärden. Från och med den 15 april 2017 finns inget undantag från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra. Den förändringen var välkommen. Men krav ska ställas även på offentlig utförare, inte bara på verksamhet driven i privat eller i annan regi.

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

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

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

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

Trots tillkännagivande från riksdagen har den tidigare vänsterregeringen inte vidtagit några åtgärder för att återkomma till riksdagen med förslag om generell tillståndsplikt, dvs. utöka tillståndsplikten även till offentliga utövare. Den tidigare vänsterregeringen har avfärdat tillkännagivandet med motiveringen att de bedömer att en tillståndsplikt inte behövs för kommunalt driven verksamhet. Den tidigare vänsterregeringen trotsar med detta riksdagens beslut. Riksdagen bör återigen ge regeringen tillkänna att återkomma med förslag som innebär att samma tillståndsplikt som gäller för enskilda för att



yrkesmässigt bedriva verksamhet inom välfärden, även ska gälla för verksamhet driven i offentlig regi.

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

## Inför en rimlig kostnad för tillståndsprovning hos Ivo

Vi kristdemokrater stödde förslaget att utöka tillståndsplikt till att inkludera utövare av hemtjänst och LSS-insatser i syfte att säkerställa god kvalitet inom verksamheten som träder i kraft den 1 januari 2019. Vi motsätter oss däremot att tillståndsplikten endast ska gälla privata aktörer. Vidare beslöt riksdagen att tillståndsprovningen ska vara avgiftsbelagd. Något som vi också instämmer i. Men vi är däremot kraftigt kritiska till nivån på avgiften som är fastställd av regeringen. Från den 1 januari 2019 kommer det att kosta 30 000 kronor att ansöka om ett tillstånd och 21 000 kronor att ansöka om en ändring av ett tillstånd. Dessa summor är orimligt höga, med tanke på att flertalet av de privata aktörerna som nu är belagda med tillståndsplikt är mindre företag med begränsade intäkter. Risken är överhängande att de mindre aktörerna slås ut från marknaden vilket i förlängningen skulle vara negativt för valfriheten inom verksamheten. Regeringen bör snarast på lämpligt sätt tillse att avgifterna för tillståndsprovning reduceras väsentligt.

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

## Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare

Det är viktigt att medborgarna har god insyn – inte bara i vårdens och omsorgens kvalitet, utan också i vårdgivares ekonomi och de anställdas villkor. Nivån på öppenheten bör öka ytterligare och de etiska kraven på såväl offentliga som privata vårdgivare behöver förtydligas. Därför initierades under 2013 arbetet med en etisk plattform med riktlinjer som alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare ska följa. Det övergripande syftet är att alla utförare – oavsett ägarstruktur och driftsform – ska kunna jämföras öppet och transparent. De kollektivavtalsslutande parterna arbetade intensivt med att få till stånd en gemensam databas och publiceringsplatsen valfardsinsyn.se. Det är angeläget att arbetet slutförs och att alla inblandade parter, inte minst regeringen, känner ett fortsatt ansvar i detta.

Offentlighetsprincipen är ett fundament i svensk skattefinansierad verksamhet; meddelarfriheten är en viktig del av vår demokratiska tradition. Plattformen för Välfärdsinsyn kan möjliggöra att vårdgivare frivilligt ansluter sig till meddelarfriheten. Den skulle på så sätt gälla även privata vård- och omsorgsgivare med offentlig finansiering. Kortsiktiga ägare som maximerar vinst på bekostnad av kvalitet och sysslar med avancerad

skatteplanering i länder med begränsad insyn ligger inte i skattebetalarnas intresse. Bristande ägaransvar och brist på långsiktighet riskerar att urholka allmänhetens förtroende för vården.

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

## Fond för idéburen vård och omsorg

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

Samtidigt har andelen skolor utan vinstsyfte minskat avsevärt de senaste åren. Medan en av friskolereformens bärande intentioner var att säkra en pedagogisk och idémässig mångfald av aktörer – också fler idéburna aktörer – så ser vi att utvecklingen går mot större koncerner med färre ägare. Vi ser en liknande utveckling på vård- och omsorgsområdet. Huvuddelen av de nya vård- och omsorgsaktörer som tillkommer är privata företag. Bristerna i vård, skola och omsorg finns inom såväl offentligt driven som privat driven offentligfinansierad välfärdsverksamhet, men vinstutdelning i kombination med stora kvalitetsbrister skapar trovärdighetsproblem och ska inte förekomma.

Vinst är inte fel – tvärtom är vinst i grunden ett tecken på effektivitet, om det samtidigt innebär att högt uppställda kvalitetsmål klaras samtidigt som investerare får en återbäring på insatt kapital. Samtidigt finns aktörer med stort förtroende hos medborgarna som skulle kunna driva viktiga välfärdsverksamheter utan vinstsyfte och med stora mervärden i form av en tydlig idémässig grund och tradition kring sin verksamhet. Dessa aktörers möjligheter att bedriva offentligt finansierad välfärdsverksamhet tycks dock minska och potentialen tas inte fullt ut tillvara. Det är en utveckling som måste brytas.

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

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

fald och kvalitet som en verksamhet på en tydlig idémässig grund kan bidra med. Och denna insikt måste leda till en konkret förbättring av civilsamhällets organisationers möjligheter att bedriva välfärdsverksamhet.

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

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

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

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

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

Möjligheter att få kapital oavsett associationsform är en viktig åtgärd för att skapa mångfald i näringslivet. Kristdemokraterna anser att det är väsentligt för utvecklingen inte minst inom vård och omsorg i hela landet att även kooperativ eller stiftelser kan få hjälp att investera i fastigheter, inventarier med mera, som vilket bolag som helst.

Kristdemokraterna anser att kreditgarantiföreningar och mikrofonder bör främjas så att en större mångfald av associationsformer och en hållbar utveckling uppnås av företag och verksamheter som väljer annat än aktiebolag och enskild firma.

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

Vi vill därför skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster. Vi avsätter 300 miljoner kronor för detta ändamål för 2021. En sådan fond skulle kunna motverka bristen på tillgång till kapital för dessa aktörer. Förutom en statlig avsättning till en sådan fond så skulle privata aktörer såsom banker kunna medverka i ett sådant initiativ. Detta skulle ge bankerna en möjlighet att bidra positivt till samhällsutvecklingen sam-

tidigt som erfarenheterna sannolikt skulle kunna bidra till att bankerna i sin ordinarie verksamhet fick större förståelse för den ideella aktörens speciella villkor.

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

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

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

## Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) är en synnerligen viktig myndighet som infördes på Kristdemokraternas initiativ under alliansregeringen. En välfungerande och fristående tillsyn av all verksamhet som rör socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) behövs för att stärka patientsäkerheten och förtroendet för sektorn. Myndigheten ska också säkerställa goda möjligheter för enskilda att klaga och anmäla befarade missförhållanden. Tillståndsverksamheten måste säkerställa en likvärdig bedömning och bygga på en god förståelse för de verksamheter som avses.

I Riksrevisionens rapport Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33) görs flera angelägna iakttagelser som visar att Ivo inte fullt ut lever upp till sin roll som tillsynsmyndighet. Det är viktigt att ha i åtanke att Ivo fortfarande är en ung myndighet och det tar givetvis tid innan den finner rätt form för verksamheten och rekommendationer. Med det sagt tar Kristdemokraterna Riksrevisionens bedömningar på allvar. Vi beklagar att regeringen i sin aktuella skrivelse (2019/20:121) väljer att inte vidta åtgärder för att följa samtliga rekommendationer från Riksrevisionen.

Riksrevisionen menar bl.a. att effektiviseringen av tillsynsverksamheten gått långsamt, att de skarpare sanktionsverktygen används i en begränsad omfattning och att det inte finns lättåtkomliga bedömningsstöd. Vidare anser man att det finns problem i it-miljön, i den interna effektiviteten och åtkomsten till bedömningsunderlag inför tillsynsbeslut samt att stödsystemen behöver utvecklas. Riksrevisionen visar att det inte finns en systematisk uppföljning av hur de som inspekteras tar till sig ändringar och att det därför är svårt för Ivo att redovisa vad som hänt efter tillsynsinsatser. Kristdemokraterna anser att regeringen borde följa Riksrevisionens rekommendation fullt ut och vidta åtgärder för att säkerställa att Ivos redovisning av tillsynens resultat går att följa över tid.

Vidare anser Riksrevisionen att Ivo delvis saknat förutsättningar att bedriva tillsyn och att regeringens ekonomiska styrning varken varit konsekvent eller långsiktig. Ivo har haft en svårighet i att rekrytera och behålla personal, vilket kan förklaras med att myndighetens anslagsnivå har varierat över tid och att myndigheten samtidigt arbetat med utvecklingsarbete. Rekommendationen ifrån Riksrevisionen är att regeringen bör ge stabila ekonomiska ramar för att Ivo ska kunna planera för en hållbar och långsiktig kompetensförsörjning i syfte att fullgöra tillsynsuppdraget. Kristdemokraterna beklagar att regeringen inte hörsammar denna kritik. Det är viktigt att de ekonomiska ramarna är tillräckliga och långsiktigt förutsägbara för att myndigheten ska kunna ha goda förutsättningar att bedriva strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn. Detta är något Kristdemokraterna prioriterar i sin budget genom en förstärkning med 25 miljoner kronor.

Myndigheten är fortfarande relativt ung och befinner sig fortfarande i ett utvecklingsarbete. För att Ivo ska kunna upprätthålla en god kompetensförsörjning och fullgöra sitt tillsynsuppdrag på ett tillfredsställande sätt bör regeringen därför vidta de åtgärder som är nödvändiga för att skapa stabila ekonomiska ramar.

*Ebba Busch (KD)*

*Jakob Forssmed (KD)*

*Acko Ankarberg Johansson (KD)*

*Hans Eklind (KD)*

*Andreas Carlson (KD)*

*Camilla Brodin (KD)*

*Mikael Oscarsson (KD)*