

Kommittémotion

Motion till riksdagen 2015/16:2568

av Emma Henriksson m.fl. (KD)

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehåll

Förslag till riksdagsbeslut	4
1 En hälso- och sjukvård i världsklass	11
1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde	12
1.2 Vårdval även inom öppenvården	15
1.3 Fond för idéburen vård och omsorg	16
1.4 Århundredets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård	19
1.4.1 Oförsvarliga skillnader mellan landsting	19
1.4.2 Förbättringar på kort sikt	20
1.4.3 Förstatligande av sjukhusvården för att uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård	20
1.5 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas	21
1.6 En tillgänglighetsmiljard för att korta köerna	22
1.7 Vårdplatsgaranti	23
1.8 Kortare köer till akuten	23
1.9 Förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal	24
1.10 Förebygg och rehabilitera bättre	25
1.11 Bättre vård för personer med kroniska sjukdomar	26
1.12 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården	26
1.13 Endometriosis ska klassas som en folksjukdom	28
1.14 Flera missriktade satsningar från regeringen	29
2 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg	30
2.1 Regeringen tar bort viktiga äldresatsningar	31
2.2 En värdighetsgaranti i varje kommun	31

2.3	Äldreboendegaranti	32
2.4	Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen	32
2.5	Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen	32
2.6	Nej till höjd maxtaxa i hemtjänsten	33
2.7	Geriatriska centrum i tre regioner	33
2.8	Satsning på de mest sjuka äldre	34
2.9	Vård och omsorg av demenssjuka en ödesfråga	35
2.10	Stärk det sociala innehållet i äldreomsorgen	35
3	Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga	36
3.1	Satsning på första linjens sjukvård	37
3.2	Korta väntetiderna till BUP	38
3.3	En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri	38
3.4	Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan	38
3.5	Kommunen ska vara skyldig att tillhandahålla föräldrastöd	39
4	Anhörigvård	39
4.1	Biståndsbedömning av anhörigas behov	39
4.2	Rätt till tjänstledighet	40
4.3	VAF-dagar	40
5	Tandvård för alla	41
5.1	Tandhälsan bland barn och unga	42
6	Apotek och läkemedel	43
7	Medicinsk-etiska frågor	44
7.1	Nej till dödshjälp	44
7.2	Värdig vård i livets slutskede	47
7.2.1	Palliativ vård	47
7.2.2	Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?	47
7.2.3	Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet	48
7.2.4	Hospice – hemlik vård i livets slutskede	48
7.3	Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning	49
7.3.1	Assisterad befruktning	49
7.3.2	Mer forskning om barnen	50
7.3.3	Surrogatmödraskap	51
7.4	Abort	52
7.4.1	Etiska dilemman för personal i vården	53
7.4.2	Nationellt abortregister	54
7.4.3	Ungdomsmottagningar och preventivmedel	55
7.5	Fosterdiagnostik	56

7.5.1	Att hantera den kunskap fosterdiagnostiken ger	56
7.5.2	Fosterdiagnostik i livets tjänst	57
7.6	Genetisk integritet	59
7.6.1	Lagen om genetisk integritet	59
8	Folkhälsofrågor	60
8.1	Förebygg ohälsa	60
8.2	Nationell strategi för astma och allergi	61
8.3	Alkohol, narkotika och tobak	61
8.3.1	En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik	62
8.3.2	Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol	63
8.4	Tobak och passiv rökning	63
8.4.1	Tobaksanvändning bland ungdomar	64
8.5	Narkotika	64
8.5.1	Missbruksvård	65
9	Social omsorg och socialtjänstfrågor	66
9.1	Barn som inte längre kan bo hemma	66
9.1.1	Stärk socialsekreterarens kompetens	68
9.1.2	Förbättrade förutsättningar för familjehemmen	68
9.1.3	Undvik omplacering av barn	69
9.1.4	Överväg vårdnadsöverflyttning oftare	69
9.1.5	Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras	69
9.1.6	Stödboende som nytt boende	69
9.1.7	Ivo måste ha resurser för att följa upp boenden för barn	70
9.2	Barn som har utsatts för brott	70
9.2.1	Flera barnahus	70
9.2.2	Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas	70
9.3	Barn i ekonomisk utsatthet	71
9.3.1	Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer	71
9.3.2	Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi	71
9.4	Föräldraansvar vid separation och vårdnadsfrågor	72
9.4.1	Viktigt med samarbetsamtal	72
9.4.2	Lagen om gemensam vårdnad	73
9.4.3	Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse	74
9.4.4	Två vårdnadshavare – inte fler	74
9.5	Adoption	75
9.5.1	Adoptivförälders ålder vid adoption kan inte vara avgörande	75
9.5.2	Höjt adoptionsbidrag	76

9.6	Föräldrastöd	76
9.6.1	Föräldrastöd och föräldrautbildning	77
9.7	Familjerådgivning	77
9.7.1	Familjecentral och öppen förskola	79
9.8	Barnkonventionen som svensk lag	80
9.9	Hemlöshet	80
10	Funktionshinderpolitik	80
10.1	LSS	81
10.2	Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar	83
11	Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar	83

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om det fria vårdvalet och fördelarna med en mångfald av aktörer inom välfärdssektorn och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det fria vårdvalet ska gälla all öppen vård, även den som utförs av andra specialister än specialister i allmänmedicin, och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fond för idéburen vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bristande jämlikhet i vården och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en statlig utredning som ska se över frågan om att förstatliga sjukhusvården för att på så sätt uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla vårdgarantin till att omfatta hela vårdkedjan med en yttre tidsgräns på 120 dagar och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en återbesöksgaranti och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en tillgänglighetsmiljard och tillkännager detta för regeringen.

10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en vårdplatsgaranti och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta köerna till akuten och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en prestationsbaserad kvalitetssatsning som premierar förbättrade resultat hos landstingen avseende förebyggande och rehabiliterande insatser och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för personer med kroniska sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda förutsättningarna för att en nordisk beredningsgrupp etableras på hög nivå som kan stärka och vidareutveckla det nordiska samarbetet om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att endometriosis ska klassas som en folksjukdom och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska vara skyldiga att införa lagen om valfrihetssystem (LOV) och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska ha en värdighetsgaranti och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge alla över 85 år rätt till plats i särskilt boende utan att det görs en biståndsbedömning och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en äldreboendegaranti och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om investeringsstöd för äldreboende och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett måltidslyft inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förlänga omvårdnadslyftet och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning på ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer och tillkännager detta för regeringen.

25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att maxtaxan i hemtjänsten inte ska höjas och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om geriatriska centrum i tre regioner och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en nationell demensplan ska tas fram och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning för att stärka det sociala innehållet i äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om första linjens sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en elevhälsogaranti och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta väntetiderna till BUP och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en kartläggning av orsakerna till den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga ska genomföras och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anhörigvård och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att socialtjänsten vid biståndsprövning särskilt ska uppmärksamma anhörigas situation och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan om rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda frågan om hur ett system med VAF-dagar skulle kunna utformas och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en informationssatsning om tandvårdsförsäkringen och tillkännager detta för regeringen.

41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om högkostnadsskyddet i tandvården och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan om personer med friskvårdsavtal borde få del av det statliga tandvårdsbidraget och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att slå vakt om och utveckla omregleringen av apoteken och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att få fler att välja farmaceutyrken och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vidareutveckling av tjänster som apoteken kan tillhandahålla och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att frågan om 24-timmarsregeln bör ses över i förhållande till distributörerna av läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att detaljhandeln även i fortsättningen ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om palliativ vård samt palliativ medicin och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om assisterad befruktning för ensamstående och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bristen på forskning om barn som kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om surrogatmödraskap och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samvetsfrihet och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om se över frågan om ett nationellt abortregister och tillkännager detta för regeringen.

57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa subventionerade preventivmedel för personer upp till 24 år.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om genetisk integritet och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för astma och allergi och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tobak och passiv rökning och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett narkotikafritt samhälle och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka socialsekreterares roll och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrade förutsättningar för familjehemmen och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om se över frågan om hur man undviker sammanbrott som resulterar i omplacering av barn och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga vårdnadsöverflyttning eller adoption när placeringen har pågått en viss tid och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kommunernas ansvar för barn som omhändertagits och drabbats av vanvård och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stödboende och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utökade resurser till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnahus ska finnas tillgängliga över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en särskild företrädare för barn och tillkännager detta för regeringen.

73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att synliggöra barn i rättsprocessen samt synliggöra barn som bevittnat våld i hemmet och tillkännager detta för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja den barnrelaterade delen i bostadsbidraget och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att fritidspengen ska vara kvar och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja socialbidragsnormen för barnfamiljer och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att alla föräldrar vid en separation erbjuds ett samarbetsamtal och tillkännager detta för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnens rättigheter i vårdnadstvister ska stärkas genom rätten till ett juridiskt ombud och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att bekräftelse av faderskapet ska kunna ske för ogifta som är överens om det, på samma sätt som i dag, men redan under graviditeten och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om adoptivförälders ålder och tillkännager detta för regeringen.
81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda minst ett föräldrastödsprogram under barnens uppväxt och tillkännager detta för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sänka trösklarna till familjerådgivningen och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör finnas minst en familjecentral i varje kommun och tillkännager detta för regeringen.
84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om barnkonventionen som svensk lag och tillkännager detta för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om modellen ”bostad först” och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om målet för funktionshinderpolitiken och tillkännager detta för regeringen.
87. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kunskapen om dolda funktionsnedsättningar måste öka och tillkännager detta för regeringen.

88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att en ändamålsenlig utformning av assistansersättningen skyndsamt tas fram och tillkännager detta för regeringen.
89. Riksdagen anvisar anslagen för 2016 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt förslaget i tabell 1 i motionen.

Tabell 1 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2016 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (tusentals kronor)

Ramanslag	Regeringens förslag	Avvikelse från regeringen (KD)
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	34 000
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	79 713
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	139 203
1:4	Tandvårdsförmåner	5 617 003
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	22 173 558
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	3 753 019
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	503 094
1:8	Bidrag till psykiatri	1 080 893
1:9	Bidrag för samordning och tillgänglighet	1 000 000
1:10	Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74 000
1:11	Läkemedelsverket	131 485
1:12	E-hälsomyndigheten	119 189
2:1	Folkhälsomyndigheten	375 043
2:2	Insatser för vaccinberedskap	85 000
2:3	Bidrag till WHO	34 665
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145 502
3:1	Myndigheten för delaktighet	57 178
3:2	Bidrag till handikapporganisationer	188 742
4:1	Inspektionen för vård och omsorg	638 458
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	530 014
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	266 995
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	26 344 000
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	2 765 000
4:6	Statens institutionsstyrelse	893 202
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	789 115
4:8	Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	31 500
4:9	Ersättningsnämnden	6 701
4:10	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	23 727
5:1	Barnombudsmannen	24 289
5:2	Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	33 761
6:1	Alkoholsortimentsnämnden	238
6:2	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	163 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	33 618
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	505 732
8:1	Socialstyrelsen	596 410
	<i>Nya anslag</i>	
9:1	Transfereringar till följd av KPI-effekt	
1:20	Avsättning till fond för idéburen vård och omsorg	
1:21	Bidrag för rehabilitering och förebyggande arbete	+500 000
Summa	69 237 676	-4 035 000

Tabell 2 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2016 till 2019 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (miljoner kronor).

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg		2016	2017	2018	2019
1:4	Tandvårdsförmåner		+43	+113	+113
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	-339	-407	-407	-407
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	-2 530	-1 530	-1 530	-1 530
1:8	Bidrag till psykiatri	+50	+50	+50	+50
1:9	Bidrag för samordning och tillgänglighet		+1 000	+1 000	+1 000
1:12	E-hälsomyndigheten	-2			
4:1	Inspektionen för vård och omsorg	+25	+30	+30	+30
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	-120	-120	-120	-120
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	-1 500	-1 350	-1 200	+1 050
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	-119	-119	-119	-119
<i>Nya anslag</i>					
9:1	Transfereringar till följd av KPI-effekt		+130	+120	+100
1:20	Avsättning till fond för idéburen vård och omsorg			+500	
1:21	Bidrag för rehabilitering och förebyggande arbete	+500	+500	+500	+500
	Summa	-4 035	-1 773	-1 063	+667

1 En hälso- och sjukvård i världsklass

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

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

Varje människa föds med relationer till andra. Människan är en gemenskapsvarelse. Hon mår dessutom bäst av att utvecklas i naturliga gemenskaper, som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet. Men 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 patienten ska tillförsäkras delaktighet under vårdtiden.

Vi har i regeringsställning prioriterat insatser för de mest utsatta patienterna med stora satsningar på psykiatrin, cancervården och vården av kroniskt sjuka. Genom

vårdgarantin och kömiljarden har vi bidragit till kortare vårdköer. Sedan 2006 har tillgången till vård förbättrats. Vi har sett en kraftig ökning av antalet vårdcentraler och generösare öppettider. Kvaliteten i sjukvården har också stärkts över tid och patienterna uppger att de är mer nöjda med vården. Alliansregeringen satsade mer resurser än vad som någonsin tidigare satsats på vården. Det finns fler aktiva läkare och sjuksköterskor än någonsin, och Sverige utbildar dessutom fler än någonsin tidigare. Vi har satsat dubbelt så mycket på tandvården jämfört med 2006. Antalet apotek har ökat med 40 procent och öppettiderna har blivit bättre. Receptfria läkemedel går numera att köpa i vanliga affärer. Vi har tagit viktiga steg mot en bättre, mer tillgänglig och jämlik vård. Sverige är idag ett av världens bästa länder på sjukvård.

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

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

1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde

Varje människa är unik och har ett okränkbart värde. För Kristdemokraterna är detta centralt, men det är också av yttersta vikt att vi bygger vår välfärd på den insikten. I ett välfärdssystem i vilket samma och likadant är ledord riskerar enskilda medborgare att falla igenom och där hänvisas alltid alla och envar till politikens lösningar på problem och behov. Det är avgörande att välfärden präglas av kvalitet och professionalism. Men

lika viktigt är att den bygger på hur medborgarna själva vill ha sin välfärd, vilka val de gör och vilka önskemål de har. Människors välbefinnande ökar när de har makt att påverka sin egen livssituation. Det gäller alltifrån utbildning och jobb, familjebildning och bostad till vård och omsorg. Att människor kan göra aktiva val för sin hälsa och sitt välmående är betydelsefullt, som att välja äldreboende, vårdcentraler eller hemtjänstutförare. Detta borde vara självklarheter i ett välutvecklat välfärdssamhälle. Givetvis ska kommuner och landsting stå ansvariga för vården och omsorgen, men vem som utför tjänsterna måste ligga i händerna på medborgarna.

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

När medborgare jämför, diskuterar och sätter sig in i olika utförares inriktningar och erbjudanden skapas ett engagemang. Mångfalden skapar positiva effekter. Det ger möjligheter för människor att välja bort och välja till. När människor har flera goda utförare att välja bland stimuleras vården och omsorgen till att öka kvaliteten.

Effekterna av vårdvalsreformen är positiva med fler vårdcentraler, bättre öppettider och bättre tillgänglighet. Patientenkätdata visar också att reformen har ett mycket starkt stöd hos både personer med stora vårdbehov och befolkningen i stort. En stor majoritet – 75 procent – av alla patienter ansåg att möjligheten att själv byta vårdgivare är bra. Endast 2 procent var negativt inställda till denna förändring. Patientenkätdata visar också att patienter med kroniska sjukdomar är mer positiva till primärvårdens utveckling än befolkningen i allmänhet. Det är en utveckling att slå vakt om.

Tyvärr tycks det dock vara en bärande idé i vänsterregeringens politik att istället beskära den enskildes makt. Vänsterregeringens politik innebär nämligen en tydlig stoppolitik när det gäller valfrihet. Patienter ska inte kunna välja vilken vårdcentral de ska gå till genom 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.

Att företag även inom välfärdssektorn måste kunna få gå med vinst är avgörande för om valfriheten kan 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 dessa organisationer möjlighet att driva verksamhet på välfärdsområdet. Det handlar exempelvis om att förbättra deras möjlighet till kapitalförsörjning. Men 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 våra 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, och reformerna har inneburit positiva effekter för kvinnligt företagande. Valfriheten i välfärden skapar förutsättningar för ett allt mer jämställt Sverige.

1.2 Vårdval även inom öppenvården

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

Vi vill att vårdvalet ska gälla all öppenvård, d.v.s. även sådan öppen vård som utförs av andra specialister än specialister i allmänmedicin. Det är visserligen inte lika lätt för alla landsting att utveckla heltäckande lösningar för vårdval i öppen specialiserad vård som i primärvården, men om den politiska viljan finns är det fullt möjligt. Vi kan se att landsting efter landsting inför vårdval även i delar av den specialiserade vården. I landsting med rödgrön majoritet går dock denna utveckling generellt sett långsammare. Vi anser att vårdval i öppen specialiserad vård ska vara en rättighet för alla medborgare oavsett var i landet man bor.

Den nya patientlagens bestämmelser om valfrihet att välja vård utanför sitt hemlandsting kan också förhoppningsvis bidra till att skynda på en viss utjämning av oacceptabla skillnader mellan landstingen. Den nya patientlagen bör börja tillämpas av landstingen så fort som möjligt. Vi anser också att det fria vårdvalet på sikt bör omfatta viss sluten sjukhusvård.

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

En 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.

Offentlighetsprincipen är ett fundament i svensk skattefinansierad verksamhet; meddelarfriheten är en viktig del av vår demokratiska tradition. Plattformen kan möjliggöra att man som 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.

1.3 Fond för idéburen vård och omsorg

Ibland kan man få 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 Sektor3 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 etc. 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 kommersiella företag. Bristerna i vård,

skola och omsorg finns såväl inom 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 man samtidigt klarar att nå högt uppställda kvalitetsmål och ändå kunna ge investerare en del tillbaka.

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 offentlig finansierad välfärdsverksamhet tycks dock minska och potentialen tas inte fullt ut tillvara. Det är en utveckling som måste brytas.

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

Många ideella utförare ställer ofta högre krav på sig själva än de privata och offentliga. 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 vissa utsatta samhällsgrupper, kanske på grundval av etnicitet eller religion, grupper som forskning visar inte annars för 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 är i vårt land driven av icke-vinstdrivande ideella aktörer, än snart sagt varje jämförbart land.

Vad som framkommer när man studerar rapporter och utlåtanden från såväl ideella aktörer i Sverige som Sveriges kommuner och landsting är istället att det finns strukturella hinder och ren misstänksamhet mot verksamheten. Bara för att drivkrafterna är annorlunda (idéer snarare än vinst till aktieägarna) så innebär det att dessa aktörer har

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

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

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 genom en engångsavsättning skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster, och vi avsätter 500 miljoner för detta ändamål från och med 2018. En sådan fond skulle snabbt kunna motverka bristen på tillgång till kapital för dessa aktörer. Förutom en statlig avsättning till en sådan fond så skulle privata aktörer såsom banker kunna medverka i ett sådant initiativ. Detta skulle ge bankerna en möjlighet att bidra positivt till samhällsutvecklingen samtidigt som erfarenheterna sannolikt skulle kunna bidra till att bankerna i sin ordinarie verksamhet fick större förståelse för den ideella aktörens speciella villkor.

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

Det är viktigt att påpeka att de sociala företag och verksamheter vi här talar om i grunden ska vara välskötta och ”lönsamma” – 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 överbrygga den informations- och kunskapsbrist som i dag finns inom delar av finanssektorn för att öka förståelsen mellan finanssektorn och den ideella sektorn för att på detta sätt främja nya eller kompletterande finansieringslösningar för de många kreativa idéburna aktörer som finns runt om i landet. Förutom initiativet med en fond så handlar det om att sprida goda exempel på nytänkande som växer fram i Sverige och andra europeiska länder.

1.4 Århundredets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård

1.4.1 Oförsvarliga skillnader mellan landsting

En av de viktigaste principerna för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska få vård på lika villkor. Trots detta finns det oacceptabla skillnader i medicinska resultat och kvalitet inom den svenska hälso- och sjukvården. Dessa skillnader har funnits i årtionden och är ett problem som vi delar med alla jämförbara länder i världen. Våra kunskaper om dessa skillnader har blivit allt bättre genom bland annat satsningen på öppna jämförelser av vårdens resultat.

Data från öppna jämförelser visar alltså på stora och oförsvarliga skillnader mellan olika landsting när det gäller medicinska resultat, tillgänglighet, följsamhet till nationella riktlinjer, läkemedelsanvändning, bemötande med mera.

Öppna jämförelser av cancersjukvården 2014 från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting visar att variationerna mellan landstingen är anmärkningsvärt stora inom flera områden. Exempelvis får 75 procent av patienterna med urinblåscancer som behöver läkemedelsbehandling inuti urinblåsan denna behandling i vissa län. I andra län är det endast 25 procent av patienterna som får behandlingen. Ett annat exempel gäller njursparande kirurgi vid behandling av njurcancer. I det län som använder denna behandling mest är det 83 procent av patienterna som får den, i länet med lägst användning är det 10 procent som får behandlingen.

Olikheter mellan landstingen kan vara positivt och driva på utvecklingen. Men att medicinsk kvalitet och medicinska resultat inom bl.a. de stora folksjukdomarna kan skilja så mycket mellan landstingen som det gör idag är inte rimligt.

1.4.2 Förbättringar på kort sikt

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

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

Vi vill verka för att landstingen moderniserar vårdens ersättningssystem. Det handlar bland annat om att hitta ersättningsmodeller som premierar helhetskvalitet när det gäller både medicinskt resultat och patientupplevelse. Ersättningssystemen bör exempelvis också utformas så att ersättningen, när det är lämpligt, kan utgå även för kontakter via telefon och mail och inte bara fysiska besök. Vid upphandlingar bör uppdragstagarna inte bara konkurrera med pris utan också med kvalitet.

Viktigt är också att de mänskliga vinsterna av en behandling är kopplade till att behandlingen finansieras. Detta innebär att kopplingen mellan de statliga ersättningssystemen och sjukvården måste bli tydligare.

1.4.3 Förstatligande av sjukhusvården för att uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård

På längre sikt krävs en förändrad styrning genom ett statligt ansvar för sjukhusvården. Arbetet med detta måste börja nu. En parlamentarisk utredning måste därför komma till stånd som överväger olika vägar för att uppnå en effektivare, mer rättvis och jämlik vård, genom en mer ändamålsenlig uppgiftsfördelning mellan stat och huvudmän. Den demokratiska styrningen och den solidariska finansieringen av hälso- och sjukvården ska kvarstå.

Regeringen har aviserat att det kommer att bildas större regioner där sjukvården ingår. Större geografiska enheter är bra men inte tillräckligt. Sjukhusvården behöver förstärkas för att uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Ett statligt ansvarstagande för sjukhusvården kommer att ge ett bättre resursutnyttjande och innebär förstås att kostnaderna flyttas från landstingen till staten. Den parlamentariska utredning som vi föreslår måste därför också se över hur detta kan finansieras av staten på bästa sätt. Landstingen å andra sidan får lägre kostnader och kommer inte att behöva lika höga skatteintäkter som idag.

I dag är sjukvården en högteknologisk bransch som är beroende både av avancerad utrustning och av specialistutbildad personal. Det kan på sikt bli oerhört svårt för 21 olika landsting med olika ekonomiska och demografiska förutsättningar att leverera en jämlik vård till hela befolkningen. Risken är dessutom stor att landstingen kommer att skapa ytterligare ekonomisk och medicinsk ineffektivitet.

I dag opereras även mycket sällsynta cancerformer på tjugotalet sjukhus. Det leder till att de som utför en viss typ av behandlingar inte får göra det tillräckligt ofta och därmed inte får tillräckligt med fortbildning. Bristen på fortbildning är påtaglig inom flera av sjukvårdens verksamheter och det påverkar kvaliteten.

Erfarenheterna från den norska omorganisationen med statligt huvudmannaskap är mycket goda. Våra länders många likheter talar för att den svenska vården bör lära av Norges erfarenheter. Vår slutsats är att det i våra respektive länder är staten som ska ha huvudansvaret för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård även i framtiden.

1.5 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas

Den nationella vårdgarantin har varit starkt bidragande till att korta väntetiderna väsentligt de senaste åren. Dagens nationella vårdgaranti innebär att man ska kunna få kontakt med primärvården samma dag man söker (per telefon eller besök), tid hos allmänläkare inom sju dagar, tid hos specialist inom 90 dagar och efter konstaterat behov av behandling ska detta ske inom ytterligare 90 dagar.

Myndigheten för vårdanalys har under 2015 utvärderat vårdgarantin. Utvärderingen visar att vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men att det finns stora skillnader mellan olika verksamheter – både inom och mellan landsting och vårdområden. Dessutom menar man i utvärderingen att vårdgarantin inte riktigt når patienter med svårare och flera sjukdomar. En av rekommendationerna är därför att

vårdgarantin breddas så att den inkluderar flera delar av vårdkedjan för att så sätt passa bättre för patienter med större eller mer komplexa vårdbehov.¹

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin bör fortsätta att utvecklas. Vi anser att vårdgarantins nuvarande tidsgränser 0–7–90–90 i ett första steg ska ersättas av en yttre tidsgräns på 120 dagar som omfattar hela vårdkedjan, d.v.s. tiden från första kontakt, specialistbedömning, diagnos, provtagning, röntgen etc. till genomförd åtgärd. Om den individuella vårdplanen innefattar återbesök vill vi att det ska finnas en återbesöksgaranti i form av ett skriftligt åtagande i vårdplanen, där tidpunkten och formen för återbesöket anges.

1.6 En tillgänglighetsmiljard för att korta köerna

För att ytterligare korta köerna till vården vill Kristdemokraterna att den tidigare så kallade kömiljarden (i regeringens budgetproposition kallad samordnings- och tillgänglighetsmiljard) utvecklas till en tillgänglighetsmiljard. Kömiljarden var en prestationsrelaterad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i landstingen. Men det finns mer att göra. Fortfarande upplever alltför många att det kan vara svårt att komma in till sjukvården. Vissa landsting klarar heller inte att hålla vårdgarantin. En tillgänglighetsmiljard är central för att fortsätta att korta köerna och öka huvudmännens förutsättningar och drivkrafter att skapa mer sammanhållna vårdkedjor och öka vårdgivarnas helhetsansvar för patienten.

Myndigheten för vårdanalys har under 2015 presenterat en utvärdering av vårdgarantin. I sina rekommendationer till regeringen föreslår myndigheten att det bör vidtas ytterligare och riktade åtgärder där vårdgarantins efterlevnad är särskilt bristfällig, bland annat vissa verksamheter. Dessutom föreslår myndigheten att regeringen ska ”säkerställa fortsatt uppföljning av väntetider och vårdgarantins uppfyllelse. Även om tillgänglighetsarbetet behöver breddas är väntetider och hur väl vårdgarantins tidsgränser uppfylls en fortsatt angelägen fråga som inte får glömmas bort i ett bredare tillgänglighetsarbete.”

Vänsterregeringen anser dock tvärtom att den vårdgaranti som finns räcker och avvecklar den tidigare kömiljarden (i budgetpropositionen kallad samordnings- och tillgänglighetsmiljard) för att ersätta den med något de kallar för en professionsmiljard. Det är dock fortfarande mycket svårt att se vad regeringens satsning syftar till mer

¹ Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin.” Vårdanalys 2015.

konkret. Men det handlar inte om att korta köer till vården, något som fortfarande är väldigt viktigt. Undersökningar visar dessutom att patienter är mycket nöjda med bemötandet i vården men att de inte är lika nöjda med tillgängligheten.

Patienter ska inte behöva vänta på vård mer än absolut nödvändigt. Dels för att minska lidandet för den enskilde, dels för att förhindra att tillståndet förvärras och i värsta fall leder till döden. Därför är frågan om att korta vårdköer och att öka tillgängligheten en anständighetsfråga. Kristdemokraterna vill därför ha en tillgänglighetsmiljard och avvisar således den så kallade professionsmiljarden.

1.7 Vårdplatsgaranti

Antalet vårdplatser är något som ofta diskuteras i den sjukvårdspolitiska debatten. Att vårdplatser minskar i antal hänger delvis ihop med den medicinska utvecklingen.

Exempelvis krävde operation av ljumskbräck en veckas sjukhusvård vid 90-talets början. Nu opereras dessa patienter oftast i dagkirurgi med radikalt bättre resultat och utan att patienten behöver läggas in vid sjukhus. Så ser det ut på område efter område. Allt fler patienter behandlas, med bättre resultat och med färre vårdplatser än tidigare.

Det betyder förstås inte att allt är frid och fröjd och att tillgången till vårdplatser alltid motsvarar behoven. Tidvis är bristen på vårdplatser och överbeläggningar ett mycket stort och allvarligt problem. Varje dag vårdas patienter i korridorer eller är utlokaliserade på avdelningar där den rätta kompetensen saknas. Det orsakar onödigt lidande och är både kostsamt och ineffektivt. Även arbetsmiljön påverkas negativt. Orsaken till vårdplatsbrist är mycket komplex och hänger ibland ihop med att det är brist på vissa personalkategorier, t.ex. sjuksköterskor.

För att komma tillrätta med problemen med överbeläggningar behövs ett strukturerat arbete med att använda befintliga vårdplatser så effektivt och klokt som möjligt. Antalet vårdplatser måste också ställas i proportion till behovet av slutenvård. Vi vill att landstingen inrättar en vårdplatsgaranti som ger varje patient rätt till vård på rätt klinik med rätt kompetens. Även nationella initiativ för att stödja huvudmännen och sprida goda exempel behövs.

1.8 Kortare köer till akuten

En del människor upplever akutvården som en enda lång väntan på vård istället för ett akut omhändertagande. Det är viktigt att åstadkomma en bättre patientupplevelse och kortare väntetider också på akuten. Många landsting arbetar med akutvårdsgarantier och

en förändrad organisation för att förbättra akutvården. Vi menar att det krävs flera åtgärder för att få akutvården att leva upp till sitt namn.

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

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

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

1.9 Förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal

Många av de förslag som vi lämnar för att förbättra för patienterna, förbättrar också arbetsmiljön i vården. När systemet jobbar för kontinuitet och trygghet minskar stressen för personalen. När överbeläggningarna minskar och samverkan mellan landsting och kommun blir bättre kan personalen ägna mer tid åt patienten.

Den administrativa bördan för vårdpersonalen måste minska så att tid frigörs till arbete med patienterna. Detta görs bland annat genom utvecklingen av bättre it-stöd. Det finns all anledning att vara kritisk till vårdens bristfälliga it-stöd som bland annat resulterar i att vissa uppgifter t ex till kvalitetsregister måste dokumenteras flera gånger. Samtidigt är det när sjukhuset eller vårdcentralen systematiskt följer sina resultat, jämför över tid

och med andra, som vårdens kvalitet hela tiden förbättras. Kvalitetsregistren används till sådana jämförelser. När vårdprocesserna förbättras genom personalens idoga arbete med förbättringsmetoder (som t.ex. Lean) är det patienterna som blir vinnare.

De förbättrade resultaten i svensk sjukvård talar starkt för vinsterna för patienterna av kvalitetsregister och öppna jämförelser. Därför är också de svenska patientorganisationerna tillskyndare av kvalitetsregister eftersom deras medlemmar gynnas. Stat, landsting och kommuner måste utveckla sina samarbetsformer för att stödja standardisering och kunskapsuppbyggnad på kvalitetsregisterområdet. Vi anser att en nationell upphandling av en gemensam teknisk plattform för kvalitetsregistren bör genomföras i samverkan mellan huvudmännen och staten. Det är inte god resursplanering att kvalificerad vårdpersonal måste ägna tid åt uppgifter som skulle kunna göras mycket bättre av annan personal, t ex att jaga vårdplatser eller ringa in extra personal. För att inte olika typer av kontrollsysteem och uppföljningar skall ta en ökande del av arbetstiden för de vårdande professionerna bör varje införande av ett sådant kritiskt granskas och diskuteras. Uppgifter som kan läggas på t ex administrativ personal ska inte läggas på vårdpersonal. Vårdens administrativa och logistiska stöd behöver ses över och goda exempel bör spridas och premieras. Vi förordar också en kartläggning och en nationell åtgärdsplan för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

Ett sådant arbete bör samordnas med en översyn av strategin för nationell eHälsa. Efterfrågan på utbildad personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård ökar ständigt. Alliansregeringen har därför satsat på en utbyggnad av läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeutbildningarna. För att möta det framtida behovet är det viktigt med en ytterligare ökning av antalet nybörjarplatser inom dessa utbildningar.

Det måste också skapas bättre förutsättningar för att skaffa sig specialistkompetens, även för andra yrkeskategorier än läkare. Så kallade utbildningsanställningar under specialistutbildning kan vara ett sätt att öka tillgången på kvalificerad personal.

1.10 Förebygg och rehabilitera bättre

Genom Alliansen har hälso- och sjukvården stärkts i sitt kvalitativa arbete. Drivkrafter och styrmedel finns för kortare vårdköer, bättre samordning, nationella planer och ökad tillgänglighet. Satsningen på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar fortsätter liksom den nationella cancerstrategin, vilket är mycket betydelsefullt. En etisk plattform finns också på plats som en del av Alliansens arbete.

Vi menar att detta behöver kompletteras med en prestationsbaserad kvalitetssatsning som premierar förbättrade resultat inom förebyggande och rehabiliterande insatser – ett område som ofta betonas men sällan ges erforderliga resurser eller verksamhetsmässig prioritering. Vi avsätter 500 miljoner kronor årligen till landstingen i syfte att uppnå kvalitativa resultat avseende förebyggande och rehabiliterande insatser. Skälet för det är dels behovet av insatser för att minska den ökande sjukfrånvaron, dels för att medverka till ett mer förebyggande och rehabiliterande synsätt inom hela hälso- och sjukvården, vilket på sikt leder till ett bättre resursutnyttjande. Vi avvisar samtidigt regeringens engångsvisa generella tillskott till landstingen. Vi anser att det är bättre att ha en tydlig målsättning med de satsningar som görs till landstingen.

1.11 Bättre vård för personer med kroniska sjukdomar

Enligt WHO är sjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar m.fl. den i särklass vanligaste dödsorsaken i världen och uppskattningsvis 90 procent av alla dödsfall i Sverige beror på olika kroniska sjukdomar. Ungefär 15 procent av befolkningen har en kronisk sjukdom och dessa sjukdomar står för ca 62 procent av den totala sjukvårds- och läkemedelskostnaden. När det gäller patientens möjlighet till inflytande över den egna vården anser endast två av tio personer med kroniska sjukdomar att de är involverade i sin egen vård. Detta indikerar att det finns brister inom den svenska hälso- och sjukvården när det gäller att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Om inte patienter görs delaktiga i den egna vården kan det leda till sämre vårdresultat och onödiga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället.

Vi anser att en särskild nationell strategi bör utarbetas för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar så att den blir effektivare, av högre kvalitet och i högre grad involverar patienterna i vården. Områden som kan vara aktuella att lyfta fram inom strategin är patienternas inflytande över vården och tillgången till information om sin sjukdom och vård, en bättre samordning av vårdinsatser, tidig upptäckt och förebyggande insatser. Avsikten bör vara att hitta generella insatser som kan utveckla vården för alla personer med kroniska sjukdomar.

1.12 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården

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

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

För att konsolidera samarbetet och stötta ländernas strategiska bedömning av var det finns potential för ett nordiskt samarbete förde Bo Könberg, i den rapport han tagit fram på uppdrag av Nordiska Ministerrådet, fram förslag om en beredningsgrupp för högspecialiserad behandling i Norden. Beredningsgruppen ska stötta länderna i deras kontinuerliga bedömning av var de kan skapa vinster genom att delta i ett nordiskt samarbete om konkreta högspecialiserade behandlingar, till exempel genom att samarbeta om inköp av dyr teknologi samt underlätta arbetet med att sjösätta nya samarbetsinitiativ.

Beredningsgruppens huvudsakliga uppgift ska vara att fungera som ett forum för en regelbunden dialog mellan länderna om behoven och möjligheterna för samarbetsinitiativ på området. Det enskilda landet ska informera beredningsgruppen när en ny, högspecialiserad behandlingsinsats planeras. Detta ger beredningsgruppen möjlighet att diskutera om ett nordiskt samarbete kan skapa vinster för den aktuella insatsen ifall liknande behov – eller erfarenheter på området – finns i ett eller flera av de andra nordiska länderna.

Det enskilda landet ser till att dialogen i beredningsgruppen görs så tidigt i planeringsfasen att det finns möjlighet att påbörja ett samnordiskt samarbete där det är relevant. Hinder i regelsystemen för att öka det nordiska samarbetet om högspecialiserad vård tas bort.

Beredningsgruppen ska som en del av diskussionerna om relevanta samarbetsinitiativ diskutera förutsättningarna för initiativens genomförande, bland annat kontinuerligt klarlägga vilka hinder i lagstiftningarna som ska lösas för att skapa en grund för effektiva, nordiska samarbeten om högspecialiserad behandling. Beredningsgruppen ska dessutom kontinuerligt diskutera vad länderna emellan ska förstå som högspecialiserad behandling. Beredningsgruppen bygger vidare på de erfarenheter som skapats genom

befintliga, nordiska samarbeten, bland annat initiativet om högspecialiserad behandling i regi av Nordiska ministerrådets program om Hållbar nordisk välfärd.

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

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

Kristdemokraterna vill utreda förutsättningarna för att en nordisk beredningsgrupp etableras på hög nivå som kan stärka och vidareutveckla det nordiska samarbetet om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården.

1.13 Endometriosis ska klassas som en folksjukdom

Endometriosis är en gynekologisk sjukdom som uppkommer genom att livmoderslemhinnan istället för att stötas ut vid menstruation förflyttar sig genom äggstockarna till insidan av mage och underliv. Vävnaden kan då fastna och bilda växande cystor inne i buken.

Cirka 10 procent av alla kvinnor i fertil ålder är drabbade av endometriosis, vilket gör sjukdomen vanligare än t.ex. diabetes. Cirka 25–50 procent av kvinnorna med endometriosis är ofrivilligt barnlösa. Ofta sätts en diagnos via en så kallad titthålsoperation. Det går i dagsläget inte att bota endometriosis, bara lindra symptomen. Smärtorna är ofta kraftiga, vilket medför ett stort handikapp. Drabbade kvinnor har svårt att klara t.ex. arbete och studier under de skov som uppstår. Trots att många är drabbade finns en okunskap i vården och många som lider i tysthet. Kvinnor med endometriosis skulle behöva ges möjlighet till sjukskrivning som godkänns av Försäkringskassan, något som är i princip omöjligt idag.

Kristdemokraterna anser att det är angeläget att endometriosis klassas som en folksjukdom eftersom då följer regler om nationella riktlinjer och regionala

vårdprogram, vilket skulle ha betydelse både för diagnosticering och behandling av sjukdomen. Idag kan det dröja mycket lång tid för en kvinna att få diagnosen endometrios.

1.14 Flera missriktade satsningar från regeringen

Regeringen har ett flertal förslag i budgeten som handlar om att göra olika insatser inom vården gratis. Bland annat nämns att läkemedel till alla barn ska bli gratis, mammografi ska bli gratis, vårdavgifter för äldre ska bli gratis. Dessa satsningar kan i sig låta angelägna men Kristdemokraterna vill hellre att satsningar går till dem som har de minsta marginalerna, inte att alla oavsett ekonomisk förmåga ska få mer av det som redan idag är subventionerat. En bättre prioritering är därför att lägga pengar på mer angelägna satsningar såsom att höja inkomsterna för de sämst ställda barnfamiljerna genom höjt bostadsbidrag, höjd socialbidragsnorm och att behålla fritidspengen. För äldre handlar det om att maxtaxan inte höjs och att alla över 85 år får en boendegaranti.

När det gäller frågan om glasögon anser Kristdemokraterna att alla landsting ska tillhandahålla bidrag för glasögon till barn. Glasögon är att betrakta huvudsakligen som ett hjälpmedel. Alla landsting ger bidrag till standardglasögon eller kontaktlinser efter recept av ögonläkare till barn i åldern 0–7 år. Det är dock få landsting som ger bidrag för glasögon till barn och unga över 8 år och subventionsgraderna varierar. Men om den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov kan man få ekonomiskt bistånd för glasögon enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen.

I fråga om gratis läkemedel har flera remissinstanser hävdade att det riskerar att öka läkemedelskonsumtionen bland barn, vilket redan i dag är ett problem framförallt när det gäller antibiotikaresistensen. Gratis läkemedel kan helt enkelt leda till att efterfrågan på att läkemedel skrivs ut för barn ökar. Det vore en mycket olycklig utveckling.

Satsningen på att mammografi ska bli avgiftsfri motiveras med att det finns kvinnor som inte går på mammografi på grund av avgiften. Det ska sägas att avgiften till mammografi är starkt subventionerad redan i dag och i vissa fall är den kostnadsfri. En studie om avgiften i Stockholms län tyder på att en förändring skedde från det att man hade en avgift till det att man slopade avgiften. Det ska dock sägas att avgiften i Stockholm från 2003 låg på 140 kronor och en nedgång av antalet besök sågs 2008–2010 trots att avgiften varit densamma under många år. När avgiften togs bort 2012 ökade antalet besök med i genomsnitt 3 procent, i socioekonomiskt svaga områden var ökningen 4 procent (Spånga-Kista) och 6 procent (Skärholmen) men högst var ökningen

från socioekonomiskt starka områden med 11 procent (Hedvig Eleonora och Gustav Vasa). Samtidigt visar studien att många som kom på mammografen inte kände till att den var avgiftsfri. Det är således svårt att veta vilken den direkta kopplingen är till avgiften och antalet besök, särskilt för den grupp som man vill nå. Andra studier och även Cancerfonden menar att det är viktigt med information på andra språk för att nå de grupper som finns i socioekonomiskt svaga områden. Förbättrad information är därför en insats som i större utsträckning når rätt grupp. Det har även funnits försök med ambulerande screeningcentraler som har visat sig vara positiva.

Alltjämt kvarstår brister i vården vad gäller jämlikhet. Detta tar sig bland annat i uttryck vad gäller skillnader mellan män och kvinnor. Vi välkomnar därför att regeringen har ambitioner att fullfölja arbetet med en jämlik vård. Det är dock oklart hur regeringen avser använda de medel som avsatts inom vad som beskrivs som satsningar på förlossning, odefinierade satsningar på barnmorskor och kvinnors hälsa. Vi avvisar regeringens oklara satsning till förmån för våra andra prioriteringar vad gäller ökad kvalitet och jämlikhet i vården som delvis också syftar till en mer jämställd vård. Det är också av största vikt att sjukvårdshuvudmännen har höga ambitioner vad gäller jämlik hälsa och jämlik vård och att de arbetar systematiskt för att komma tillrätta med den bristande jämställdheten i vården.

2 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg

Äldre kvinnor och män ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Var och en ska ses som en person med ett eget och unikt värde och kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg.

Äldreomsorgen och vården av äldre har länge varit en av Kristdemokraternas prioriterade frågor. Kristdemokraterna har i regeringsställning infört en rad förbättringar inom äldreomsorgen och vården av äldre. Vi har bland annat genomfört följande:

- Infört en nationell värdegrund i socialtjänsten.
- Gett stöd till kommunerna för införande av värdighetsgaranti.
- Infört en parboendegaranti så att par som vill ska kunna fortsätta att bo ihop, när den ene behöver särskilt boende.
- Infört lagen om valfrihetssystem (LOV).
- Infört en lagstadgad skyldighet för kommunerna att erbjuda anhörigvårdare stöd.
- Satsat cirka 4 miljarder kronor för att förbättra och samordna vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

- Infört nationella uppföljningar av hur äldre själva ser på kvaliteten och tillgängligheten.
- Infört ett investeringsstöd för byggande av särskilda boenden och trygghetsboenden.
- Skärpt lex Sarah. All personal är skyldig att rapportera om missförhållanden och misstanke om missförhållanden i verksamheten.
- Genomfört en stor utbildningsatsning för undersköterskor och vårdbiträden.
- Ivo, Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsynen.
- Infört ett nationellt system för öppna jämförelser.

Mycket har gjorts för att förbättra svensk äldreomsorg och vården av äldre och den anses i dag vara ett föredöme för andra länder. Samtidigt finns det fortfarande brister. Mer behöver göras för att utveckla den gemensamt finansierade äldreomsorgen och vården av äldre.

2.1 Regeringen tar bort viktiga äldresatsningar

Regeringen har ivrigt upprepat att en ”miljardsatsning” görs på äldreomsorgen till mer personal. Men reformen finansieras genom att ta bort andra viktiga kvalitetsinsatser inom äldreomsorgen såsom måltiderna för äldre och vården för demenssjuka. Kvar summerar den så kallade miljardsatsningen till 60 miljoner under 2015. Inte för något år tillförs äldreomsorgen två miljarder, utan ju längre tiden går finansieras allt mer av satsningen genom andra neddragningar på äldreomsorgen, som att äldreboendegarantin inte kommer att införas. Att det finns tillräckligt med personal inom äldreomsorgen är viktigt, men det är inte det enda som avgör hur väl äldreomsorgen fungerar för den äldre. Många viktiga kvalitetsinsatser inom äldreomsorgen uteblir nu.

Kristdemokraterna avvisar regeringens förslag i budgetpropositionen till förmån för de satsningar som regeringen vill ta bort.

2.2 En värdighetsgaranti i varje kommun

Det finns ingen åldersgräns som upphäver rätten att bestämma över sin vardag. Därför behöver vi värna äldres rätt till självbestämmande. Vi vill införa ett krav i lag på kommunerna att tillhandahålla frihet att välja inom äldreomsorgen.

Varje person har egna kunskaper och erfarenheter som det är värt att ta vara på och ta hänsyn till. Det egna valet, inflytande över de insatser som ges, ett värdigt bemötande, ett tryggt boende och närhet till läkarkontakter ska tillgodoses inom äldreomsorgen.

Kristdemokraterna vill därför att varje kommun ska ha en värdighetsgaranti i äldreomsorgen.

2.3 Äldreboendegaranti

Vi vill öka äldres självbestämmande genom att ge alla personer över 85 år rätt till plats i särskilt boende om de själva så önskar utan att det görs en biståndsbedömning. Alla kommuner ska också vara skyldiga att erbjuda plats i ett trygghetsboende – en äldreboendegaranti – för de som är över 85 år och har beviljats hemtjänst. Detta är en mycket viktigare satsning än regeringens förslag om avgiftsfri öppenvård för dem som är över 85 år – både ur ett fördelningspolitiskt perspektiv och ett trygghetsperspektiv. Ett tryggt boende är särskilt viktigt för äldre.

Det behövs fler alternativa boenden för äldre bland annat i form av olika trygghets- och äldreboenden. Alliansregeringens investeringsstöd för äldreboenden har bidragit till att cirka 10 000 fler boenden för äldre har byggts. Investeringsstödet till trygghetsboende och särskilt boende bör förlängas och förstärkas för att öka tillgången till äldrebostäder. Det är bra att regeringen delar Kristdemokraternas uppfattning att ett investeringsstöd behövs för att öka tillgången till äldrebostäder. Investeringsstödet är också en förutsättning för att få äldreboendegarantin på plats. Därför förlänger vi satsningen på investeringsstödet. Kristdemokraterna avsätter 300 miljoner kronor för en äldreboendegaranti från 2016, vilket är 150 miljoner kronor utöver regeringen.

2.4 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen

Äldres mat och måltider bör ges ökat fokus eftersom mat, livskvalitet och välbefinnande hänger ihop. Idag får omkring 60 000 äldre personer mat levererad hem. Vi vill utöka valfriheten inom äldreomsorgen till att omfatta hemsänd mat. Vi vill även se bättre möjligheter till hemlagad mat, både i särskilt boende och när man bor kvar hemma med hemtjänst. Därför vill vi genomföra ett nationellt måltidslyft som riktar sig till äldreomsorgen. Satsningen möjliggör för kommuner och fristående aktörer som driver äldreomsorg att söka stimulansbidrag för att utveckla och förbättra kvaliteten på måltiderna och för ökad delaktighet. Vi avsätter 100 miljoner kronor för ett måltidslyft inom äldreomsorgen för vardera året 2016–2019.

2.5 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen

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

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

Kristdemokraterna vill förlänga omvårdnadslyftet för att fortsätta stärka både den grundläggande och den specialiserade kompetensen bland personal inom äldreomsorgen. Genom omvårdnadslyftet ges äldreomsorgens medarbetare möjlighet att vidareutbilda sig och skaffa specialistutbildning. Samma möjligheter behöver ges till andra personalkategorier som har med äldre personers vård och omsorg att göra.

Ett gott ledarskap är viktigt för att öka motivationen och locka fler till äldreomsorgen. Vi vill därför satsa på ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer.

Vi satsar totalt 200 miljoner kronor på omvårdnadslyftet för vardera året 2017–2019 och avvisar samtidigt regeringens kompetenssatsning som bara är en engångssatsning.

2.6 Nej till höjd maxtaxa i hemtjänsten

Kristdemokraterna avvisar den höjning av maxtaxan i hemtjänsten som regeringen föreslår. Det är anmärkningsvärt att regeringen föreslår en höjning av maxtaxan i hemtjänsten. För många äldre med hemtjänst riskerar det att innebära att de upplever sig inte ha råd med den hjälp de behöver och det kommer slå hårt mot många äldre som har en låg inkomst. Förvisso kommer höjningen innebära att det med nuvarande regler för RUT-avdrag för många skulle bli mindre kostsamt att få hjälp utan att vara beroende av biståndsbedömning genom RUT-tjänster betala för den hjälp man vill ha.

Regeringspartierna vill ju dock ständigt försämra villkoren för RUT-tjänster så någon garanti för att den möjligheten kvarstår med nuvarande regering finns inte. Vi ser positivt på att den som önskar anlita RUT-tjänster och vill med våra förslag att fler ska ha råd med detta. Men det i sig är ingen ursäkt för att höja maxtaxan för hemtjänsten och göra den dyrare. De som har ett biståndsbedömt behov av hemtjänst ska inte få en höjd kostnad.

2.7 Geriatriska centrum i tre regioner

Socialstyrelsen har pekat på stora kompetens- och rekryteringsbrister inom områdena geriatrik och gerontologi. Det krävs att geriatriken ges möjlighet att fungera inom de ramar som specialiteten är tänkt. Geriatrik är heller inte uteslutande en fråga för

specialistutbildade läkare – det är många olika typer av vårdpersonal som behöver dessa kunskaper.

Kristdemokraterna föreslår ett statligt stöd till upprättandet av geriatriska centrum i tre regioner i Sverige. Uppgiften för dessa centra bör vara att ge förutsättningar för klinisk forskning, utbildning, vård och rehabilitering och samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård. De delar som berör praktisk vård- och omsorgsverksamhet vid dessa centra förutsätter överenskommelser och intresse från berörda huvudmän.

2.8 Satsning på de mest sjuka äldre

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

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

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

För en äldre person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier ändå vara svåra att överskåda. De mest sjuka äldre har i dag många olika kontakter i vården och omsorgen, vilket kan medföra lägre kvalitet för patienten och högre kostnader för vården totalt. Här finns förbättringspotential vad gäller samverkan mellan kommuner och landsting. Kontinuitet i vård- och omsorgskontakterna är också viktigt.

2.9 Vård och omsorg av demenssjuka en ödesfråga

Kristdemokraterna anser att vården och omsorgen av demenssjuka är en ödesfråga.

Antalet demenssjuka kommer att fortsätta att öka under de närmaste åren.

De människor som drabbats av demenssjukdom är särskilt utsatta. En välfungerande demensvård är därför en av grundförutsättningarna för en fungerande äldreomsorg. Alla med misstänkt demenssjukdom skall ha rätt till utredning, diagnos och behandling.

Detta kräver i sin tur kompetent, välutbildad och välmotiverad personal. Forskning på demensområdet har visat att relationen till vårdpersonalen är bland det allra viktigaste i vården av demenssjuka. Därför bör medarbetarna i vård och omsorg ges både tid och resurser och specifik kunskap om demenssjukdomar för att de ska kunna skapa en så bra demensvård som möjligt.

Vi vill ta fram en nationell demensplan i syfte att främja ökade kunskaper om demenssjukdomar och spridningen av kunskaperna. Den ska dessutom bidra till en effektivare användning av befintliga resurser t.ex. genom forskningssamarbeten, framtagande och spridning av bättre verktyg för arbetet vid t.ex. utredning och diagnostik, i vård och omsorg eller för stöd till anhöriga. Vi avsätter 100 miljoner kronor för att en nationell demensplan tas fram.

2.10 Stärk det sociala innehållet i äldreomsorgen

Äldreomsorgen håller en hög kvalitet. Samtidigt upplever många äldre en brist på meningsfullhet, livet tappar sin mening och livsglädjen försvinner. Äldreboendets utformning eller personalbemanningen i sig är inte tillräckligt för att säkra välbefinnande. Det krävs mer för att vi ska känna hopp och livsglädje. Ett sätt att stärka äldres välbefinnande är att förbättra det sociala innehållet i äldreomsorgen.

Det finns ingen entydig beskrivning av begreppet socialt innehåll. I en rapport som Famna skrev 2012 framkommer följande som exempel på socialt innehåll: att få känna sig behövd, värdigt liv efter personens önskemål, dialog med anhöriga, delaktighet i vardagen och omvärlden, guldkant, meningsfullhet, vänligt bemötande och samvaro. För att stärka det sociala innehållet i äldreomsorgen avsätter vi 150 miljoner kronor 2016. Resurserna ska användas för att ta fram program i varje kommun som på ett strukturerat sätt visar hur ett bättre socialt innehåll i äldreomsorgen ska genomföras. Samverkan med det civila samhället uppmuntras. Varje kommun erhåller 500 000 kronor årligen 2016 och 2017 samt 5 miljoner kronor årligen till SKL för stöd och samordning. För åren därefter ökar beloppen vilket gör att de 2019 är det dubbla. Ersättningen ges lika oavsett kommunens storlek.

3 Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga

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

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

Våra unga mår helt enkelt inte så bra som de, materiellt sett, har det. Några säkra svar på vad som är orsaken till utvecklingen finns inte.

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

Under 2013 gav alliansregeringen fem olika myndigheter i uppdrag att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Socialstyrelsen leder projektet som pågår till december 2015. En första och andra delrapport har lämnats som beskriver prioriteringarna av insatserna för bl.a. självskadebeteende, depression och självmordsprevention för barn och unga.

Under 2014 gav alliansregeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att lämna förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete. Folkhälsomyndigheten

föreslår flera förändringar bland annat en ny struktur där samordningsansvaret på nationell och regional nivå tydliggörs. Vi förväntar oss att regeringen snarast för arbetet vidare.

I oktober varje år gör Myndigheten för vårdanalys en utvärdering av handlingsplanen PRIO. En slutrapport ska lämnas 2017. Den senaste utvärderingen visar att PRIO har uppnått resultat under 2013 men att det inte räcker.

Kristdemokraterna välkomnar att regeringen har utsett en samordnare för psykisk hälsa och att man har gett Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor i uppdrag att genomföra en jämställdhetsatsning med fokus på ungas psykiska hälsa, trygghet och välbefinnande.

En rad åtgärder har genomförts och pågår för närvarande för att minska den psykiska ohälsan och självmord bland barn och unga. Men det finns mer att göra.

3.1 Satsning på första linjens sjukvård

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

Ett femtiotal kommuner har tillsammans med sina landsting sedan 2008 deltagit i ett omfattande arbete tillsammans med SKL och regeringen för att barn, unga och deras närstående ska få den hjälp de behöver när de behöver det. Inte minst har det handlat om att hitta metoder för att skola, socialtjänst och sjukvård tillsammans ska ge rätt hjälp på rätt nivå.

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

Elevhälsan måste rustas långsiktigt för att bättre kunna möta och stödja barn och unga med psykisk ohälsa. Kristdemokraterna föreslår att en elevhälsogaranti införs så att man får kontakt med elevhälsan inom ett dygn. Vi avsätter därför totalt 250 miljoner kronor för detta ändamål, d.v.s. 50 miljoner kronor utöver regeringens föreslagna satsning. Det innebär i förlängningen också att resurser inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien kan frigöras och användas för de barn och unga som har mer omfattande behov.

3.2 Korta väntetiderna till BUP

Barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning var vi pådrivande för en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien. Vi arbetade även med att korta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrien bland annat genom överenskommelser med SKL och genom prestationsbaserat medel. Men vi vill korta väntetiderna till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien ytterligare.

3.3 En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri

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

3.4 Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan

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

Vi vill också att det genomförs en bred utredning för att kartlägga och undersöka orsakerna till den ökande psykiska ohälsan samt komma med förslag till åtgärder. Några säkra svar på vad som är orsak till den mörka utvecklingen finns inte idag. Vi vill ta fram en handlingsplan med bland annat förebyggande åtgärder. Denna handlingsplan kan även omfatta arbetet med första linjens sjukvård i kommuner och landsting. Vi avsätter 50 miljoner kronor för att en kartläggning av orsakerna till den ökande psykiska ohälsan ska genomföras.

3.5 Kommunen ska vara skyldig att tillhandahålla föräldrastöd

Med tanke på föräldrarnas mycket viktiga roll i sina barns liv vill vi att kommunerna blir skyldiga att erbjuda minst ett föräldrastödsprogram under barnens uppväxt. Föräldrastöd har visat sig ha positiv inverkan på relationen mellan förälder och barn och har bevisad positiv effekt när det gäller att minska framtida problem. Kristdemokraterna avsätter 76 miljoner kronor för detta ändamål.

4 Anhörigvård

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

Dygnet runt, år ut och år in, görs vård- och omsorgsinsatser av anhöriga. Anhörigvårdarna avlastar stat, landsting och kommuner och deras insatser måste ges erkännande samtidigt som vi behöver ge dem de verktyg och det stöd de behöver för att vilja och orka fortsätta i sin ovärderliga gärning.

4.1 Biståndsbedömning av anhörigas behov

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

Ofta utför anhöriga även vårdinsatser. Det finns ingen skyldighet för anhöriga att utföra vård- och omsorgsinsatser sinsemellan. För många är det naturligt och positivt att hjälpa en anhörig eller närstående som är i behov av hjälp och stöd. Men om den offentliga vården och omsorgen inte ser sitt ansvar kan uppgiften bli övermäktig och det positiva övergår till att bli ett krav och en belastning.

Mot denna bakgrund måste äldreomsorgen stödja och hjälpa anhöriga som frivilligt vårdar och ger omsorg. Kristdemokraterna har i regeringsställning vidtagit ett antal åtgärder som går i den riktningen. Socialtjänstlagen har ändrats så att kommunerna numera är skyldiga att stödja personer som vårdar eller stödjer närstående.

Socialstyrelsen har även fått regeringens uppdrag att utarbeta vägledning, följa upp och utvärdera konsekvenserna av den ändrade bestämmelsen. Sedan tidigare finns också i lagstiftningen att personer ska erbjudas en fast vårdkontakt samt att om personen har behov av både hälso- och sjukvård, så ska en individuell plan göras.

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

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

4.2 Rätt till tjänstledighet

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

Kristdemokraterna anser att denna fråga är värd att pröva.

4.3 VAF-dagar

I dag finns det en lagstadgad rätt till ledighet vid vård av en närstående person som är svårt sjuk. Det finns också en lagstadgad rätt till ledighet från arbetet på grund av

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

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

5 Tandvård för alla

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

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

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

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

Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationssatsning kring tandvårdsförsäkringen.

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

Det är viktigt med förebyggande tandvård. Kristdemokraterna anser därför även att personer med frisktandvårdsavtal borde få del av det statliga tandvårdsbidraget eftersom detta bidrag också är tänkt som en stimulans till regelbundna kontroller. Denna fråga bör därför ses över.

5.1 Tandhälsan bland barn och unga

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fortsätter karies bland barn och unga att minska, förutom bland 6-åringarna. År 2013 hade 66 procent av alla 19-åringar inga kariesskador och detta är en förbättring jämfört med år 2011.

Enligt Socialstyrelsen är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även där tandvården är fri för barn och unga innebär det ändå att dessa barn och ungas tandhälsa är sämre.² Det avgörande för en vuxens tandhälsa är hur tänderna sköts redan som litet barn. Tandvården är fri upp till 20 år i Sverige. Regeringen föreslår att denna avgiftsfrihet förlängs ytterligare.

Kristdemokraterna delar inte denna uppfattning. En sådan satsning är svår att i dagsläget motivera. 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 man besöker tandvården kan nästan sägas gå i arv från förälder till barn. Det är alltså flera andra faktorer som kan påverka besöksfrekvensen hos tandvården som är svårare att komma åt. För trots att tandvården för barn och unga under 20 är avgiftsfri och att stödet till tandvård har ökat sedan 2008 är besöksfrekvensen i princip oförändrad sedan dess. Det tyder på att vi måste arbeta med denna problematik på andra sätt.

² ”Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga – Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg”, Socialstyrelsen 2013.

6 Apotek och läkemedel

När vi kristdemokrater tog över ansvaret för apoteken 2006 så låg Sverige i OECD-området botten i fråga om antal apotek per invånare. År 2009 genomförde vi en omreglering av apoteksmarknaden. Sen dess har antalet apotek ökat med över 30 procent. Samtidigt har öppettiderna ökat med i genomsnitt tio timmar per vecka. Förbättringen har skett i hela landet samtidigt som det blivit möjligt att köpa huvudvärkstabletter, nässpray, allergimedicin och många andra receptfria läkemedel i tusentals vanliga butiker.

Apoteksbranschen är inte vilken bransch som helst. Den som tar på sig ansvaret att vara verksam i denna sektor tar också på sig ansvaret för att tillhandahålla, många gånger helt livsnödvändiga, läkemedel till befolkningen. Därför var regeringen mycket noggrann med att säkerställa en trygg och god läkemedelsförsörjning när reformen genomfördes. Den som vill öppna ett apotek måste uppfylla de stränga krav som finns. Aktörerna i dag är både stora och små, både statliga och privata. Det är en marknad som måste finna en balans, men klart är att kundnyttan och serviceutbudet har ökat kraftigt. Tätheten av apotek per invånare är som högst i glesbygds-län.

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

Genom att ge fler möjlighet att driva apotek frigörs företagsamhet och initiativkraft som i dag är inlåst. Det handlar både om att ge farmaceuter möjlighet att bli egenföretagare och förverkliga egna idéer och om butikskedjor som kan erbjuda nya tjänster och nya koncept. Det är viktigt inte minst för att locka fler till farmaceutyrken.

De svenska apoteken sägs ibland utgöra både den första och sista länken i vårdkedjan; innan man behöver uppsöka primärvården kan man få professionell hjälp med egenvård på apoteken, och ofta räcker det för att behandla lindriga åkommor. Om man fått ett läkemedel förskrivet kommer man också till apoteken för att hämta ut och få mer information och råd om hur man ska använda sitt läkemedel. Apoteken möter också årligen långt fler personer än primärvården.

Mot denna bakgrund är det angeläget att apoteken fortsätter att utvecklas. Apoteken har en viktig roll att spela för både folkhälsa och bättre läkemedelsanvändning. Med den höga kompetens som finns på apoteken, finns också en potential att genom nya tjänster

avlasta primärvården. En sådan utveckling pågår i andra länder och bör aktivt främjas även i Sverige.

Cirka 95 procent av receptkunderna får alla sina läkemedel direkt när de kommer till apoteket, enligt statistik från Sveriges Apoteksförening. Resterande läkemedel beställs oftast för att kunna expedieras till kunden i enlighet med 24-timmarsregeln, som apoteken är skyldiga att hålla sig till. Apoteken lever upp till denna regel. Samtidigt har Sveriges Apoteksförening i sin branschrapport betonat problemet med att denna 24-timmarsregel endast gäller apoteken men att någon motsvarande skyldighet inte finns för de som ska distribuera läkemedlet till apoteken.³ Detta blir därmed mer eller mindre omöjligt för apoteken att påverka. Apoteken har således en skyldighet att leverera läkemedel inom 24 timmar men inte distributörerna av läkemedel. Vi anser att denna fråga bör ses över i syfte att förbättra förutsättningarna för apoteken att tillhandahålla läkemedel inom 24 timmar.

Kristdemokraterna vill också att detaljhandeln även fortsättningsvis ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel.

7 Medicinsk-etiska frågor

7.1 Nej till dödshjälp

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

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

³ Sveriges Apoteksföreningen. Branschrapport 2015.

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 hjälpen 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. Man ska heller aldrig underskatta det faktum att människor begår misstag, också 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 förstås var och en av oss. Det är ingenting någon av oss själva vill uppleva eller se våra 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 man dessutom ana resonemang om att bristen på resurser inom vården skulle göra det naturligt att införa dödshjälp som ett medel att förkorta den tid som används för att med dyrbar medicinsk teknik förlänga ett 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, riskeras att förtroendet för sjukvården undergrävs.

Handikapporganisationer möter redan idag personer som upplevt hur behandling av akuta sjukdomstillstånd och livsnödvändiga åtgärder har ifrågasatts eftersom de redan har en omfattande funktionsnedsättning.

Ingen kan på förhand veta hur man reagerar på ett besked att man snart ska dö. 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 man har, i stället för att orientera resurser och tankeverksamhet åt hur livet ska avslutas i förtid.

Att inte acceptera dödshjälp innebär inte att man ställer sig likgiltig inför svårt lidande eller att man vill 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.

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 han vill ha vård eller ej. Han måste i princip själv bestämma vilken behandling han vill utsätta sig för.
- Om det bedöms att döden är nära förestående och att återvändo till en meningsfylld tillvaro är utesluten, är det accepterat att livsuppehållande behandling inte behöver ges.
- Om en patient även efter ingående information och trots den påverkan som en läkare genom sin auktoritet och sin ställning utövar, motsätter sig behandling, har läkaren i regel endast att rätta sig efter patientens önskemål.
- Aktiv eutanasi bör 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 ovan nämnda riktlinjerna är i överensstämmelse med den kristdemokratiska synen på människovärdet och integriteten. Vårdpersonal och anhöriga kan dock 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.

7.2 Värdig vård i livets slutskede

7.2.1 Palliativ vård

Vi är alla överens om vikten av att skapa en trygg miljö för mamma, pappa och barn i samband med födelsen. Allt detta anses numera väsentligt för det fortsatta livet såväl för föräldrarna som för barnet. Vad som dock inte diskuterats lika mycket och inte har givits samma prioritet är hur och var vi tas om hand när vi dör.

Det är av naturliga skäl mycket svårt att forska om hur en människa upplever sitt avsked av livet. Men avskedet är lika viktigt för det. Det handlar om värdighet, respekt och integritet. Det handlar om att skapa trygghet även för dem som inte själva står inför livets slut. Alla kommer att dö någon gång och för att kunna leva rikt behöver man 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.

Även i diskussionen om resurser till äldreomsorgen förekommer liknande tankar. Det sägs ofta att eftersom de äldre har byggt upp samhället ska de ha en god vård och omsorg, de ska så att säga få någon slags ersättning för sin insats. De äldre har förvisso slitit hårt för att bygga upp vår välfärd, men det är inte i första hand därför de ska garanteras god vård. Det är för att de är människor!

För oss kristdemokrater är rätten till vård och omsorg en människovärdesfråga. I inledningen beskrevs hur vi anser att begreppet integritet bör präglade statens och medborgarnas handlingssätt gentemot varje människa under hela livscykeln. Därför måste enligt vår åsikt vården i livets slutskede ges mycket högre prioritet än idag.

7.2.2 Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?

Flertalet av oss kommer att dö den långsamma döden. Livets slutskede är då en intensiv tid i våra liv. Den existentiella ångest som kan vara förknippad med döden kan självfallet inte sjukvården lösa. Men sjukvården kan skapa en förvissning om att det finns goda möjligheter till ett värdigt avsked, att man kommer att ha tillgång till smärtstillande och i övrigt välanpassade mediciner, att man får den mänskliga omvårdnad som behövs, att man får sina önskemål tillgodosedda, att respekt visas för

närstående och deras önskemål och att både patient och närstående kan få psykologiskt och andligt stöd.

Man har i dag bättre kunskap om hur man ska behandla svårt sjuka personer och 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 godo.

7.2.3 Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående.

Idag finns ingen medicinsk specialitet för palliativ vård i Sverige, som det finns i bl.a. England, Polen, Rumänien, Kanada och USA. År 1997 inrättades den hittills enda professuren i palliativ vård, idag kopplad till Karolinska Institutet.

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

7.2.4 Hospice – hemlik vård i livets slutskede

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

Den engelska hospicerörelsen kom till som en reaktion på kravet på eutanasi. Hospicerörelsens ideologi är inte inriktad på att hjälpa människor att dö utan att hjälpa dem att förbli levande – i ordets djupaste bemärkelse – tills de dör. Man 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. Allmänt kan sägas att det behövs en öppenhet inför nya vårdformer inom vården i livets slutskede för alla åldrar.

7.3 Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

7.3.1 Assisterad befruktning

Kristdemokraterna motsätter sig en utvidgning av lagstiftningen om assisterad befruktning till att även gälla ensamstående. Vi anser att förslaget tar sin utgångspunkt i att vuxna har rätt till barn, inte barnets rätt till sina föräldrar. 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 vem både mamman och pappan är och få omvårdnad av dessa. Kristdemokraterna kan därför inte medverka till en lag som på förhand utesluter barns rätt till den ena föräldern.

Pappors betydelse och roll för sina barn lyfts fram allt mer och barnets rätt till båda sina föräldrar har präglat de senaste årens lagstiftning, exempelvis reformeringen av vårdnadsreglerna. En övergripande ambition har varit att främja barnets goda kontakt med båda föräldrarna efter en separation. Detta är en viktig utgångspunkt i lagstiftningen väl värd att värna. Med förslaget om assisterad befruktning av ensamstående reduceras pappor till något överflödigt i barns liv.

Pappor har ansvar för sina barn och det offentliga har sedan länge en skyldighet enligt svensk lag att se till att barnets rätt till två föräldrar förverkligas i så många fall som möjligt. Insemination för ensamstående strider mot de principer om barnets rätt till båda sina föräldrar som kommer till uttryck i barnkonventionen och i äktenskapslagstiftning,

föräldraskapen och övrig lagstiftning. Detta hävdar inte bara vi utan också tunga familjerättsjurister, t.ex. Anna Singer, professor i civilrätt.⁴

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

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

Barnets rätt till båda sina föräldrar speglar behovet av att skydda barnet och få ett utpekat föräldraansvar, inte minst ett försörjningsansvar. Barn som kommer till genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor har endast en rättslig förälder och en försörjare. Dessutom visar en forskarsammanställning som genomförts av Folkhälsoinstitutet under 2009 att barn till ensamstående har en avsevärt förhöjd risk gällande psykisk ohälsa men även andra problem.⁵

7.3.2 Mer forskning om barnen

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

Det är angeläget att det bedrivs forskning för att förbättra kunskapsunderlaget om konsekvenserna för barnen och deras familjer, när barnen kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller. Den etiska frågan om donation av könsceller

⁴ ”Barns rätt till två föräldrar – en överspelad grundregel?” (Juridisk Tidskrift) och ”Assisterad befruktning – 15 år senare”, Statens medicinsk-etiska råd.

⁵ ”Större risk för ohälsa bland barn till ensamstående”. FHI. (Slutsatserna bygger på en rapport av Ljungdahl, S. och Bremberg, S. Barn till ensamstående i Sverige - risker, förklarande faktorer och förebyggande insatser. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2009. Se även ”Olika villkor – Om levnadsförhållanden, risker och kommunala kostnader för barn och unga”. Socialstyrelsen. Augusti 2010.

främst aktualiserar är barnets rätt till sitt biologiska ursprung och de konsekvenser det kan få för barnet att växa upp med någon som inte är dess biologiska förälder. Vid 18 års ålder ska alla barn ha rätt att få veta sitt biologiska ursprung. Vi ser inga skäl till att ändra nuvarande lagstiftning men det är angeläget att det bedrivs forskning på detta område ur ett barnperspektiv. Eventuella framtida förslag till förändringar av gällande rätt eller praxis bör präglas av försiktighetsprincipen och ta sin utgångspunkt i barnets bästa.

7.3.3 Surrogatmödraskap

Surrogatmödraskap innebär att ett par låter en annan kvinna bära fram ett barn. Vanligen sker det med hjälp av IVF där paret som önskar barnet är de genetiska föräldrarna.

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

De som argumenterar för surrogatmödraskap i vårt land bygger sitt resonemang på att kvinnan som bär fram och föder barnet gör det frivilligt och att det inte betalas ersättningar som innebär att surrogatmödraskapet blir ett alternativt sätt att tjäna pengar. Men det är högst osannolikt att förvärvsarbetande kvinnor utan ersättning tar på sig att bära ett barn i nio månader, med alla de medicinska risker det innebär och krav på avbrott från arbetet för mödravårdsbesök och förlossning, för att sedan lämna barnet ifrån sig. Den potentiella surrogatmamman kommer med allra största sannolikhet att kräva ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst, medicinsk risk och de fysiska obehag som en graviditet för med sig. Det finns därmed en uppenbar risk att ett system som tillåter surrogatmödraskap leder till exploatering av socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor. Erfarenheter från länder där det är tillåtet visar att denna risk är påtaglig. Det strider mot grundläggande värden om integritet och värdighet om utsatta kvinnor utnyttjas som medel för andra människors längtan efter barn. Vi menar att det är moraliskt fel att använda dessa kvinnors kroppar som medel för att uppfylla andra människors längtan efter barn. Det strider mot människans integritet och värdighet. Vi ser en risk att surrogatmodern görs till medel för andra människors behov på ett exploaterande sätt.

Även om barnets arvsanlag kommer från de genetiska föräldrarna bär surrogatmammans barnet i nio månader. Erfarenheten visar att gravida ofta utvecklar ett mycket starkt band till fostret som kan vara svårt att bryta. Gravitet och förlossning kan dessutom orsaka komplikationer, vilket gör att surrogatmammans kan ta allvarlig skada såväl fysiskt som psykiskt. Det kan också uppstå en rad av mycket komplicerade situationer. Vad händer om de genetiska föräldrarna väljer att gå skilda vägar under graviditeten eller om det skulle visa sig att barnet bär på en allvarlig fosterskada? Kan de genetiska föräldrarna kräva abort om surrogatmodern motsätter sig detta? Ska surrogatmodern ha rätt till abort?

Det är oklart hur de genetiska föräldrarna och surrogatmodern reagerar psykologiskt under graviditet, förlossning och överlämnandet av barnet samt hur detta påverkar barnet och dess utveckling. Barnet riskerar att dras in i konflikter mellan de tänkta föräldrarna och surrogatmodern.

Med hänsyn tagen till försiktighetsprincipen och barnperspektivet samt på grund av de övriga risker för exploatering som surrogatmödraskap för med sig bör detta inte vara tillåtet.

7.4 Abort

Kristdemokraternas etiska grundsyn och 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 bör ligga på åtgärder som enligt vår uppfattning kan medverka till en påtaglig minskning av antalet aborter.

Svaga inkomster ska inte behöva tvinga fram en abort. Det bör vara möjligt att ta emot ett barn redan innan man 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 är varje värdeförankrad demokratis ansvar att värna livet allt ifrån dess tillblivelse. En abortsituation är därför en konflikt mellan rätten till liv och de blivande föräldrarnas situation i de fall man inte tycker sig ha möjlighet att fullfölja graviditeten.

Mot bakgrund av människovärdesprincipen är det omöjligt för staten och lagstiftaren att ställa sig neutrala till det etiska dilemma som en abort innebär. En abort innebär att ett liv släcks. Lösningen på detta dilemma är emellertid inte förbud. Erfarenheten visar att där aborter inte är tillåtna utförs de ändå, och då med metoder som hotar kvinnors liv och hälsa. Vi försvarar aborträtten och nuvarande lagstiftning. Det är inte rimligt att någon annan än kvinnan under graviditetens första fas fattar det avgörande beslutet om en eventuell abort. Det offentliga ansvar är att stödja kvinnan oavsett beslut.

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

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

Sjukvårdspersonalen kan möta svåra etiska dilemman när de i sin yrkesutövning ska utföra uppgifter som strider mot deras egna etiska principer. Om vårdpersonal av samvetsskäl inte förmår medverka vid något ingrepp i vården så är det en situation som

ska lösas på arbetsplatsen. Abort skulle kunna vara en sådan men det kan också finnas andra situationer eftersom vården inte sällan möter svåra frågor kring liv och död.

Kristdemokraterna vill inte införa någon lagstiftning. Vi menar att det bäst löses lokalt på arbetsplatsen, genom exempelvis personalpolicyn, där arbetsgivare i regioner och landsting medverkar till att skapa förutsättningar för att anställda med svåra samvetsbetänkligheter inte tvingas att delta. Detta förekommer redan i vården utan att kollegor eller patienter blir lidande.

Arbetet som exempelvis barnmorska innefattar många olika arbetsuppgifter. En stor arbetsgivare kan därför organisera arbetet så att man kan tillgodose medarbetarnas önskan att inte medverka vid vissa typer av ingrepp och denne 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.

7.4.2 Nationellt abortregister

Inom sjukvården finns det register för i princip alla sjukdomar och åtgärder, men inte för aborter. Därför finns det en mycket begränsad kunskap om kvinnor som är involverade i en abort. Finland och Danmark har ett nationellt abortregister. Ett förslag till ett nationellt abortregister presenterades av regeringens utredare Anders Milton under 2009, men många organisationer menade då att det skulle kunna leda till en stark integritetskränkning.

Fram till 2012 innehöll Socialstyrelsens register över aborter information om ålder, vecka när graviditet avslutades, antal barn, abortmetod, kommuntillhörighet samt tidigare aborter. Socialstyrelsen statistik ändrades dock 2013 med anledning av att statistiken ansågs för detaljerad enligt deras egna jurister. Socialstyrelsen menar att kvaliteten är mycket sämre och har meddelat sin uppfattning till regeringen.

Enhetschefen hos Socialstyrelsen säger följande i en artikel i DN: ”När man gjorde det här undantaget för inrapporteringen av aborter var det integritetsfrågan man gick på. Tyvärr går det ut över det medicinska och det blir stigmatiserande och särbehandlande.”

När Anders Miltons förslag om ett nationellt abortregister lades fram 2009 stöddes förslaget förvisso av professionen men från olika intresseorganisationer fanns det ett starkt motstånd. Idag är det flera som har ändrat uppfattning i frågan. RFSU hör till de som idag efterfrågar ett mer heltäckande abortregister, i en artikel uttalar de följande:

”Uppfattningen vi har idag är att nuvarande statistikutformningen stigmatiserar, vi vill snarare normalisera.” Även SFOG, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, vill ha ett abortregister.

Det är viktigt att det också inom den reproduktiva hälsan byggs upp förutsättningar för ett ordentligt kunskapsunderlag för att kunna identifiera hälsorisker av olika behandlingsmetoder på såväl kort som lång sikt. Avsaknaden av medicinska patientdata innebär i dagsläget stora kunskapsluckor som innebär att risker av medicinering eller andra behandlingsmetoder kan förbli oupptäckta. Vid införande av register är det dock extra viktigt att stor hänsyn tas till integritetsfrågorna.

Kristdemokraterna är positiva till att se över frågan om att införa ett nationellt abortregister som tar i beaktande att inga enskilda kvinnors identitet kan framgå.

7.4.3 Ungdomsmottagningar och preventivmedel

Ungdomar och unga vuxna behöver få kunskap om preventivmedel och säkrare sex, men också styrka att stå för 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.

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 har under regeringstiden genomfört 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 föreslår att preventivmedel ska bli gratis för ungdomar upp till 20 år. Kristdemokraterna tycker inte att detta förslag är tillräckligt träffsäkert när det gäller det abortförebyggande arbetet. Enligt Socialstyrelsen har antalet aborter bland kvinnor under 20 år minskat men istället ökat bland kvinnor över 20 år. Vanligast är aborter i

åldersgruppen 20–24 år. Därför vill vi istället subventionera preventivmedel för personer upp till 24 år.

7.5 Fosterdiagnostik

Alla gravida kvinnor erbjuds att genomgå en ultraljudsundersökning i 16:e–19:e graviditetsveckan. Syftet med undersökningen är att bestämma graviditetens längd och moderkakens läge samt att upptäcka om det finns mer än ett foster. Syftet är alltså inte främst att söka efter skador på fostret, men en del missbildningar kan ofta ses. Det är enligt lag tillåtet att leta efter fosterskador och kromosomavvikelser. I takt med att tekniken förfinas kan allt flera och allt mindre omfattande skador urskiljas. Skador och missbildningar kan, om de upptäcks vid fosterdiagnostik, i vissa fall lindras eller botas redan under fosterstadiet. När man talar om fosterdiagnostik syftar man vanligtvis inte på ultraljudsundersökningar utan snarare på olika former av provtagning från modern, fostret eller fostercellerna i syfte att spåra avvikelser. KUB-test är en numera vanlig metod för att bedöma sannolikheten för eventuella kromosomförändringar hos fostret. Testerna erbjuds allt fler, oavsett kvinnans ålder. Genom att mäta fostrets s.k. nackuppklarning och ta ett blodprov från modern kan man få en indikation om kromosomförändring. Vid en beräknad förhöjd risk erbjuds kvinnan ytterligare test genom fostervattenprov, då man sticker en tunn nål genom bukväggen och in i fostersäcken.

KUB-test anses kunna minska antalet missfall eftersom det minskar behovet av fostervattenprov. För omkring 1 procent av dem som genomgår fostervattenprov leder det till en spontan abort. Andra metoder för fosterdiagnostik går ut på att ta prov från moderkakan eller från fostrets blod i navelsträngen. Båda dessa metoder medför en något högre risk för komplikationer än ett fostervattenprov.

Syftet med de olika metoderna är att få ut fosterceller för kromosomanalys eller för genanalys. Trots att fostret och kvinnan har helt skilda blodomlopp med en barriär dem emellan i moderkakan, läcker enstaka celler över till mamman, och när tekniken finns kommer det att räcka med ett vanligt blodprov från kvinnan för att göra genanalys på barnet. Genanalys blir en enkel och lättillgänglig metod men vi bör vara medvetna om de etiska konsekvenserna av detta.

7.5.1 Att hantera den kunskap fosterdiagnostiken ger

Fosterdiagnostik reser etiskt svåra frågor då det ger föräldrarna information och kunskap som kan vara mycket svår att hantera. Hur ska ett föräldrapar kunna värdera

informationen om att det barn de väntar är drabbat eller kommer att drabbas av allt från allvarliga till mindre allvarliga åkommor?

Att värdera meningsfullheten i ett liv med en potentiell sjukdom eller ett tänkbart funktionshinder låter sig inte göras. Erfarenheten säger också att värderingen beror av vem som tolkar. En person som själv är drabbad av samma funktionshinder eller sjukdom som analysresultatet antyder ser i allmänhet mer positivt på livsmöjligheterna än en person med ringa erfarenhet av funktionshindret eller sjukdomen ifråga.

Det är viktigt att bidra med mångsidig information när ett analysresultat ges. Annan information än den efterfrågade ska inte delges och analyser avseende potentiella risker för multifaktoriella sjukdomar bör inte utföras då deras inbyggda osäkerhet är stor och tolkningen av svaret svårvärderat.

Fosterdiagnostikens tillämpning och värdering av resultaten av sådan diagnostik rymmer svåra etiska överväganden som inte får glömmas eller förringas. Att något är möjligt och tillåtet gör det inte nödvändigtvis etiskt okomplicerat eller försvarbart. 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.

Mödravården behöver förstärkas med tillgänglig och kvalificerad etisk rådgivning. Man kan även tänka sig att föräldrar med egen erfarenhet av barn med en viss sjukdom eller representanter för handikapprörelsen får möjlighet att lämna information eller finnas tillgängliga för frågor.

7.5.2 Fosterdiagnostik i livets tjänst

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

Kristdemokraterna vill inte medverka till ett samhälle där staten sanktionerar att personer sorteras ut med hänsyn till särskilda egenskaper, avvikelser, sjukdomar eller handikapp av samma anledning som vi inte vill ha ett samhälle där personer sorteras

bort på grund av exempelvis kön eller ras. Fosterdiagnostik ska därför i huvudsak användas i livets tjänst, inte för att förhindra att barn med oönskade egenskaper föds.

Den typ av fosterdiagnostik som tillämpas idag är i huvudsak inriktad på att bedöma sannolikheten för, eller fastställa, kromosomavvikelser. Den vanligaste kromosomavvikelsen innebär att barnet föds med Downs syndrom. I relation till många andra funktionshinder kan Downs syndrom betraktas som en relativt lindrig avvikelse. Anledningen till att barn med just Downs syndrom med hjälp av modern fosterdiagnostik selekteras bort beror alltså inte på att det är ett funktionshinder som det är särskilt plågsamt eller svårt att leva med, utan på 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. Bara för att möjligheten att upptäcka vissa avvikelser redan på fosterstadiet finns betyder inte detta att gravida kvinnor skall uppmuntras eller ens erbjudas att låta göra fosterdiagnostiska undersökningar. 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.

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

Diskussionen om fosterdiagnostik kräver ödmjukhet och nyansering. Vår principiella inställning är att fosterdiagnostik ska ske för barnets bästa. Fosterdiagnostiken bör användas för att diagnostisera sjukdomar eller tillstånd där en insats kan bota, förebygga eller skydda barnet.

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

7.6 Genetisk integritet

Den vetenskapliga utvecklingen ger oss storartade möjligheter att förstå den genetiska bakgrunden och orsakssambanden bakom egenskaper och sjukdomar. Framstegen har lett till visioner om att effektivt kunna behandla, lindra och bota allt från vanliga folksjukdomar till sällsynta åkommor. Potentialen tycks vara enorm men samtidigt ställs vi inför svåra etiska problem.

Ju mer kunskap vi får om den mänskliga arvsmassan, desto större intresse kommer det att finnas från olika håll för att utnyttja kunskapen, och desto större makt får den som äger denna information. All otillbörlig användning bör därför förebyggas med kraftfull lagstiftning om vilka som ska ha tillgång till informationen och i vilket sammanhang.

Enligt Kristdemokraternas syn på människovärdet har alla människor samma absoluta och okränkbara värde trots olika DNA och därmed olika förutsättningar.

Utgångspunkten för lagstiftning i dessa frågor ska vara att en individs gener tillhör den privata sfären och beläggs med mycket sträng sekretess. Ingen ska få tillgång till denna känsliga information utan den enskildes medgivande. Ett försäkringsbolag eller en arbetsgivare ska alltså inte få ställa som villkor att gentest genomgås. När det gäller redan genomförda gentester ska för försäkringen relevanta fakta endast få efterfrågas vid tecknande av försäkringar på betydande belopp. Däremot måste självfallet den enskilde ärligt uppge uppenbara sjukdomsrisker oavsett hur han eller hon fått reda på dem.

7.6.1 Lagen om genetisk integritet

Konsekvenserna av att den nuvarande lagen om genetisk integritet begränsar sig till genetiska undersökningar och genetisk information inom hälso- och sjukvården bör

belysas och analyseras. Om det finns skäl bör lagen utvidgas till att gälla alla genetiska undersökningar, oavsett var de sker.

Sedan den 1 juli 2009 har Sverige en samlad lag för genetiska undersökningar och genetisk information inom hälso- och sjukvården och medicinsk forskning samt genterapi. Huvudpunkterna i lagen är olika förbud mot att använda genetiska undersökningar och genetisk information som tagits fram inom hälso- och sjukvården och medicinsk forskning, för ändamål utanför hälso- och sjukvården.

Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten genomgår en genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. Förbudet gäller alla slags avtal, t.ex. försäkringsavtal (med undantag för personförsäkringar på mycket höga belopp) anställningsavtal, låneavtal, hyresavtal, där information om resultatet av en genetisk undersökning möjligen kan ha intresse för t.ex. försäkringsbolaget, arbetsgivaren, kreditgivaren eller hyresvärden. Ingen får i samband med avtal efterforska eller använda genetisk information om en annan person. Man får inte heller ställa frågor till den som informationen gäller eller till annan försöka genomföra eller få fram resultatet av en genetisk undersökning. Sådan information får inte ligga till grund för beslut om förmåner eller skyldigheter. En arbetsgivare får inte beakta den vid beslut om anställning, befordran eller lönesättning. Det är också förbjudet att olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan. Teoretiskt finns det en möjlighet för arbetsgivare, långivare och försäkringsgivare att kringgå lagens skyddsbestämmelser genom att vända sig till helt privata laboratorier. Det finns dock annan lagstiftning inom arbetslivet, på kreditmarknaden och inom försäkringsväsendet som bör förhindra att så sker. Men vi anser att det finns skäl att se över detta och belysa konsekvenserna av att dagens lagstiftning inte omfattar alla genetiska undersökningar oavsett var dessa sker.

8 Folkhälsofrågor

8.1 Förebygg ohälsa

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

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

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

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

8.2 Nationell strategi för astma och allergi

Allergi och överkänslighet är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna. Över 3 miljoner människor i Sverige lider av någon form av allergi eller överkänslighet. Förekomsten ökar stadigt och det är idag en av våra stora folksjukdomar. Genom ökad kunskap och satsning på förebyggande insatser kan man minska allergierna och därmed både patientens och samhällets kostnader. För att lyckas i större skala krävs att kunskaperna om dessa sjukdomar sprids i samhället så att det allergiförebyggande arbetet blir en integrerad del i flera verksamheter – primärvård, skola, barnomsorg, arbetet med miljön i stort och i arbetslivet, byggsektor etc. Detta kräver ett brett arbete över flera samhällsområden och vi anser att detta motiverar en särskild nationell strategi för att genom riktade insatser stoppa ökningen av dessa problem. Barns behov på detta område ska uppmärksammas särskilt.

8.3 Alkohol, narkotika och tobak

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

Sedan 2011 finns en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken m.m., förkortad ANDT-strategin. Strategin anger mål, inriktning och

prioriteringar för samhällets insatser mellan 2011 och 2015. Folkhälsomyndigheten ansvarar för att följa upp strategin och för det samordnade uppföljningssystemet.

Utvärderingar visar att det långsiktiga arbetet med tydliga mål har underlättat en ökad samordning mellan olika huvudmän och att en rad olika insatser har initierats.

Alkoholkonsumtionen bland ungdomar har gått ner. Andelen som prövat eller använder narkotika eller röker har minskat under 2000-talet. Detta gäller både för kvinnor och för män.

Statskontoret ska analysera ANDT-strategin om de statliga insatserna bidrar till att uppfylla strategins övergripande mål och om ANDT-politiken är ändamålsenlig för att uppnå strategins mål.

8.3.1 En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik

Kristdemokraterna står för en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik som syftar till ett samhälle med måttfulla alkoholvanor. Vi vet att bakom många av samhällets stora problem ligger alkohol, ensamt eller i kombination med andra problem. Alkohol ger allvarliga konsekvenser inte bara för den enskilde brukaren, utan även för omgivningen. Våld och annan kriminalitet, splittrade familjeförhållanden, trafikolyckor och sjukskrivningar är några exempel. Ofta kan också fattigdom och utanförskap kopplas till bruk av alkohol.

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

Kristdemokraterna vill höja skatten på alkohol ytterligare.

Kristdemokraterna har under regeringstiden också tagit till vara möjligheten att kunna bedriva en restriktiv alkoholpolitik. Lagstiftningen kring alkohol, narkotika, dopning och tobak har skärpts på olika sätt. En ANDT-strategi har presenterats, med tydliga mål där uppfyllelsen årligen ska redovisas till riksdagen.

Politikens mål är att främja folkhälsan genom att minska den totala alkoholkonsumtionen och därigenom minska alkoholens skadeverkningar. Målet ska nås genom insatser som motverkar skadligt dryckesbeteende och bidrar till en minskad total konsumtion. Ökad tillgänglighet – exempelvis fler försäljningsställen – för alkohol medför en generellt ökad total konsumtion och ökade skador.

Alkoholkonsumtionen i Sverige är lägre än genomsnittet i Europa. Efter nästan tio år med minskad alkoholkonsumtion i Sverige ökade konsumtionen under 2013 till cirka 9,7 liter ren alkohol per invånare (15 år och äldre), för att sedan 2014 minska till 9,3 liter per invånare. Mellan 2004 och 2014 har alkoholkonsumtionen minskat med ungefär 1 liter per invånare. En sådan sänkning beror till stor del på Systembolagets detaljhandelsmonopol som genom sitt uppdrag inte verkar konsumtionsdrivande.

8.3.2 Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol

Kristdemokraterna är principiellt inte emot frågan om gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol i små volymer. Vår ståndpunkt är att Systembolagets detaljhandelsmonopol ska värnas. Om gårdsförsäljning skulle visa sig vara förenligt med Systembolagets monopol så skulle vi inte vara emot ett sådant införande. Där är vi dock inte i dag. Frågan har utretts flera gånger. Senast av den statliga utredningen SOU 2010:98, som konstaterar att där enbart svenska tillverkare får sälja sina produkter direkt till konsument på tillverkningsstället är diskriminerande samt strider mot EU-rätten. Detta med anledning av att ett enskilt land inte får diskriminera utländska producenter eller produkter. Även den första utredaren Anita Werner (Alkohollagsutredningen, SOU 2009:22) och riksdagens utredningstjänst (RUT) har kommit till samma slutsats.

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

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

8.4 Tobak och passiv rökning

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

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

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

8.4.1 Tobaksanvändning bland ungdomar

Enligt en undersökning genomförd av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har andelen tobaksanvändare bland elever i gymnasiet år 2 inte minskat lika kraftigt som i årskurs 9. Trots det, menar CAN, har nivåerna varit rekordlåga även bland dessa elever under de senaste åren. Andelen gymnasieelever som sammanlagt rökte och/eller snusade frekvent var 17 procent under 2014, motsvarande andel var 24 procent under 2004. Det har alltså skett en minskning även bland gymnasieungdomar.

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

Kristdemokraterna är positiva till fortsatta insatser för att ännu färre ungdomar ska börja röka och för att de som är rökare ska sluta röka. Ungdomsmottagningarna har ett högt förtroende när det gäller informationsinsatser riktade till ungdomar.

8.5 Narkotika

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

Ett av de långsiktiga målen i ANDT-strategin är att antalet döda och skadade på grund av narkotikamissbruk ska minska och prioriterat är att minska dödligheten bland ungdomar på grund av experimenterande med droger. Pågående åtgärder är bevakning av försäljningen av missbruksmedel via internet, klassificering av nya substanser, löpande uppföljning av den narkotikarelaterade dödligheten samt informationsinsatser för att öka kunskapen om cannabis negativa effekter på hälsa och social utveckling. Här kan särskilt nämnas Trestad2 där de tre storstäderna arbetar med att minska användande av cannabis bland unga. Projektet genomförs på tre nivåer: förebyggande, tidig upptäckt samt behandling. Tanken är kvalitetsutveckling genom att pröva olika metoder och insatser.

8.5.1 Missbruksvård

Kristdemokraterna har under regeringstiden genomfört flera åtgärder för att förbättra vården av missbrukare och beroende. Bland annat har följande gjorts:

- En lagändring om överenskommelse mellan huvudmännen omfattar läkemedels- och dopningsmissbruk.
- En lagändring om överenskommelser mellan kommuner och landsting trädde i kraft den 1 juli 2013.
- Ett krav på upprättande av samordnade individuella vårdplaner gäller sedan den 1 januari 2010.
- Brukarmedverkan har stärkts genom att lagen anger att brukar- och närståendeorganisationer bör ges möjlighet att ge synpunkter på överenskommelserna mellan huvudmännen.
- Barn och unga ingår i stöd till metodutveckling inom ramen för ANDT-strategin, bl.a. Trestad2 och Kunskap till praktik.

- Ett uppdrag har getts till Socialstyrelsen att se över tillgängligheten av substitutionsbehandling och föreslå hur den kan förbättras i län där det finns brister.
- Det finns en ny läkarspecialitet i beroendemedicin från 2015.

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

Regeringen har under 2015 fortsatt att stödja utvecklingen av missbruks- och beroendevården i samverkan med SKL med fokus på att stärka barn- och föräldraperspektivet i vården bland annat genom att uppmuntra en systematisk samverkan med den sociala barn- och ungdomsvården.

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

9 Social omsorg och socialtjänstfrågor

Den sociala omsorgen ska utgå från människans behov av små, naturliga gemenskaper, främst familjen. Socialpolitiken ska stödja när det brister och stimulera de positiva krafterna i dessa gemenskaper. Solidaritetsprincipen motiverar oss att ta gemensamt ansvar för alla människor, i synnerhet de mest utsatta, så att alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt och värdigt liv. Offentlig, ideell och privat verksamhet ska komplettera varandra. Socialpolitiska insatser måste präglas av respekt för den personliga integriteten och ge förutsättningar för inflytande och delaktighet för den enskilde, för såväl vuxna som barn. För Kristdemokraterna är barns rätt till en trygg uppväxtmiljö särskilt viktig. Barn som inte är trygga hemma är de mest sårbara och utsatta i samhället och de behöver samhällets stöd och skydd.

9.1 Barn som inte längre kan bo hemma

Alla barn har rätt till en trygg uppväxt. För de flesta barn i vårt land utgör föräldrarna och familjen tryggheten i tillvaron. Alliansregeringen har tagit fram en nationell strategi för föräldrastöd med syftet att via föräldrar främja barns hälsa och positiva utveckling. Men det finns också föräldrar som inte förmår att ta sitt föräldraansvar eller som behöver mer omfattande stöd i sitt föräldraskap.

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

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

Kristdemokraterna ligger även bakom den förra regeringens initiativ till att starta ”Barntjänsten på nätet” som ska vara en pedagogisk presentation av bestämmelserna i Socialtjänstlagen, SOL, och Lagen om vård av unga, LVU. Därigenom kan barn, föräldrar och organisationer enkelt få reda på hur lagstiftning och regelverk kring barn i utsatthet ser ut. Den förra regering, med Kristdemokraterna i spetsen, startade även brukarundersökningar för barn och unga i samhällsvård med resultat som kan nedbrytas på kommunnivå. Dessutom påbörjade man ett arbete med att utveckla statistiken för den sociala barn- och ungdomsvården.

Regeringen tog med den dåvarande barnministern, Maria Larsson, som ansvarig minister beslutet att gällande barn som placeras utanför det egna hemmet skärpa det förebyggande arbetet men också intensifiera kontroll och uppföljning för att stärka kvaliteten.

Hösten 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården. Uppgifterna publiceras på Socialstyrelsens hemsida och där kan man göra jämförelser mellan den egna kommunen och grannkommunen eller med andra i länet och landet som liknar den egna och få inspiration till förbättringsarbete. Den senaste jämförelsen är från 2015.⁶

9.1.1 Stärk socialsekreterarens kompetens

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

9.1.2 Förbättrade förutsättningar för familjehemmen

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

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

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

Kristdemokraterna anser att det är av största vikt att skapa goda villkor och förutsättningar för familje- och jourhem samt att säkra att kvaliteten är så god som den

⁶ <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga>.

någonsin kan vara. Det finns ett flertal frågor som behöver utredas i detta sammanhang, inte minst vad gäller rätt till tjänstledighet och villkoren för ersättning från socialförsäkringarna.

9.1.3 Undvik omplacering av barn

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

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

9.1.4 Överväg vårdnadsöverflyttning oftare

Det offentliga ansvar är särskilt stort för barn som har placerats utanför sin egen familj. Det är angeläget att stabilitet och långsiktighet kan säkerställas för placerade barn. Vårdnadsöverflyttning och möjligheten till adoption ska övervägas när placeringen pågått en viss tid. Vid alla sociala insatser som berör barn ska barnet ha rätt att framföra sin åsikt och det ska vara en del av beslutsunderlaget.

9.1.5 Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras

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

Att utkräva ansvar från sociala myndigheter eller socialnämnd för att barn som omhändertagits utsätts för övergrepp är i praktiken mycket svårt. Socialsekreterarens roll är att utreda och presentera underlag för beslut i kommunens socialnämnd. Det förekommer brister i utredningar som i slutändan drabbar det enskilda barnet. Kristdemokraterna anser att om ett barn eller ungdom som omhändertagits av sociala myndigheter drabbas av vanvård eller andra övergrepp bör kommunen vara skadeståndsansvarig.

9.1.6 Stödboende som nytt boende

Regeringen föreslår, utifrån utredningen Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3) att det införs en ny typ av placeringsform för unga mellan 16 och 20 år, ett så kallat stödboende. Boendet är i första hand tänkt för 18-åringar och äldre men kan i särskilda fall även omfatta 16–17-åringar. Socialnämnden ska ha ett övergripande ansvar, och en noggrann bedömning ska göras utifrån det enskilda barnets eller den unges behov. I huvudsak bör en placering i ett stödboende endast bli aktuellt där barnets eller den unges egen problematik inte ligger till grund för placeringen. Kristdemokraterna är positiva till att det finns alternativa boenden för unga för att på så sätt tillgodose olika förutsättningar och behov som de unga har.

9.1.7 Ivo måste ha resurser för att följa upp boenden för barn

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) ansvarar för en viktig del av uppföljning och utvärdering av verksamheter som berör några av samhällets allra mest utsatta. Trots att myndigheten till regeringen har påpekat att de med nuvarande nivå av resurser och omfattning av uppdrag inte har förutsättningar att fullfölja de viktiga åtaganden de har, väljer regeringen att inte hörsamma detta. I samband med att en ny boendeform för ensamkommande flyktingbarn är på väg att införas är det av största vikt att myndigheten har tillräckliga resurser för att kunna fullgöra de utökade uppgifterna. Vi föreslår därför att anslaget till Ivo utökas med 25 miljoner kronor.

9.2 Barn som har utsatts för brott

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

9.2.1 Flera barnahus

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

9.2.2 Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas

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

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

Även då barnet inte är den som direkt har utsatts för brottet kan det i allra högsta grad vara ett offer. Särskilt när det gäller våld i hemmet. Barn som bevittnat våld i hemmet måste därför synliggöras i rättsprocessen på ett bättre sätt. Uppgifter om barnets namn, personnummer och var det befunnit sig under misshandeln redogörs inte alltid idag, vilket gör det svårt att hjälpa barnet. Barnet betraktas därmed inte som en egen person med egna rättigheter i målet.

9.3 Barn i ekonomisk utsatthet

9.3.1 Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer

Kristdemokraterna vill fortsätta att prioritera de familjer som lever i ekonomisk utsatthet. Bostadsbidraget är det familjepolitiska stöd som bäst når barnhushåll med låg ekonomisk standard. Av de barnfamiljer som under 2013 fick bostadsbidrag var en övervägande del, 70 procent, ensamstående föräldrar. Bostadsbidraget är alltså av särskilt stor betydelse för ensamstående föräldrar som oftast är kvinnor.

För att stärka ekonomin för de barnfamiljer som har den sämsta ekonomin och därmed öka deras marginaler vill vi höja det särskilda bidraget för hemmavarande barn med 350 kronor per månad för ett barn, 425 kronor per månad för två barn och 600 kronor per månad för tre eller fler barn. Det gynnar de som bäst behöver det. Genom förbättringarna i bostadsbidraget får familjer med lägre inkomster ett stöd ända tills barnen blir 18 år. Vi avsätter därmed 700 miljoner kronor för detta ändamål.

9.3.2 Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi

Cirka 7 procent av Sveriges barn bor i hushåll som får ekonomiskt bistånd. Statistiken visar även att barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer är underrepresenterade i organiserade fritidsverksamheter. Därför är det viktigt att de får samma förutsättningar

att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Vi anser precis som Rädda Barnen, Barnombudsmannen och andra remissinstanser att regeringens förslag om att ta bort fritidspengen är helt fel väg att gå. Kristdemokraterna vill fortsätta med denna satsning för att stärka möjligheten för barn i dessa familjer att få en aktiv fritid. Vi avsätter därför 81 miljoner kronor för att fritidspengen ska vara kvar. Samtidigt avvisar vi det föreslagna sommarlovsstödet som ska gå till kommuner som anordnar avgiftsfria aktiviteter för alla barn. Vi anser att det är de barn vars familjer av ekonomiska skäl måste avstå från fritidsaktiviteter som satsningar ska rikta sig till, inte alla, oavsett inkomst och förutsättningar.

Vi anser dessutom att dessa barnfamiljers ekonomi har släpat efter länge och därför bör en ytterligare höjning av socialbidragsnormen göras. Vi ser att regeringen delar denna uppfattning och avsätter därför 181 miljoner kronor. Men till skillnad från regeringen finansierar vi inte denna höjning med att slopa fritidspengen. Fritidspengen är med vårt förslag fortsatt kvar.

9.4 Föräldraansvar vid separation och vårdnadsfrågor

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

9.4.1 Viktigt med samarbetssamtal

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

Till skillnad från familjerådgivningssamtal ligger fokus i samarbetsamtalen inte på relationen i sig utan på parterna som föräldrar och på barnens situation.

Samarbetsamtalen är frivilliga och avgiftsfria för föräldrarna.

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

Kristdemokraterna har i regeringsarbetet arbetat aktivt med åtgärder som ska underlätta för föräldrar att lösa situationer där barnens trygghet kan komma att påverkas. Den utredning av Bris förre generalsekreterare Göran Harnesk, som presenterades 2011 (Fortsatt föräldrar, SOU 2011:51) är ett exempel på detta. Därefter har ett flertal åtgärder vidtagits. Kristdemokraterna gav under regeringstiden Socialstyrelsen i uppdrag att bl.a. kartlägga föräldrars erfarenhet av deltagande i samarbetsamtal, analysera samtalens effekter och lämna förslag till eventuella åtgärder.

9.4.2 Lagen om gemensam vårdnad

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

De senaste större ändringarna i vårdnadsreglerna beslutades av riksdagen våren 2006 och trädde i kraft den 1 juli 2006. Syftet med ändringarna var framför allt att förstärka barnperspektivet i lagstiftningen. De innebar bl.a. att betydelsen av barnets bästa kommer till klarare uttryck i lagen och att barnets bästa ska vara avgörande för alla beslut om vårdnad, boende och umgänge. Socialnämnden och domstolen ska vid bedömningen av barnets bästa fästa särskild uppmärksamhet vid risken att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp eller att barnet olovligt förs bort, hålls kvar eller annars far illa. Ändringarna innebar även att det har införts en generell skyldighet för domstolen att, om det är lämpligt, verka för samförståndslösningar i indispositiva tvistemål. Det betyder att domstolen, i mål om vårdnad, boende och

umgänge, ska verka för att föräldrarna når en samförståndslösning som är förenlig med barnets bästa. Domstolen ska också kunna ge en medlare i uppdrag att försöka få föräldrarna att nå en samförståndslösning till barnets bästa.

Att antalet vårdnadsfall har ökat sedan 2006 är oroväckande eftersom barnen alltid är de som drabbas hårdast. Därför tillsatte alliansregeringen en utredning som skulle utvärdera 2006 års vårdnadsreform (dir. 2014:84). Utredaren ska följa upp och undersöka hur reglerna har fungerat i praktiken och om syftet med reformen – att stärka barnrättsperspektivet – har uppnåtts. Utredaren ska också kartlägga och analysera orsakerna till ökningen. Utredaren ska även titta på olika samförståndslösningar som redan används, t.ex. Trondheimsmodellen där tjänstemän med särskild barnkompetens från familjerätten tar aktiv roll i processen i syfte att öka barnperspektivet. Utredningen ska redovisa sina slutsatser i oktober 2016. Kristdemokraterna avser att följa frågan noggrant.

Vi vill också att barnens rättigheter i en vårdnadstvist stärks genom rätten till ett juridiskt ombud. Alla yrkesgrupper inom rättsväsendet som möter barn ska utbildas.

9.4.3 Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse

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

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

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

9.4.4 Två vårdnadshavare – inte fler

Det förekommer att frågan om fler vårdnadshavare diskuteras. Kristdemokraterna tycker att det är viktigt och bra för barnen att ha nära relationer till andra vuxna än sina föräldrar såsom far- och morföräldrar, syskon till föräldrarna eller andra närstående. Det är dock inte detsamma som att ha flera vårdnadshavare. Vårdnadshavare beslutar i frågor som rör barnets personliga förhållanden, t.ex. om barnet ska utredas och behandlas, i vilken skola barnet ska gå eller var barnet ska bo. Vårdnadshavarna måste fatta viktiga beslut gemensamt. Att ha fler än två vårdnadshavare riskerar därför att öka antalet konflikter över olika beslut som ska fattas och att barnet därmed inte får sina behov tillgodosedda, t.ex. i fråga om sjukvårdande behandlingar. Det riskerar också att leda till ännu fler svåra vårdnadstvister, som redan idag är ett stort problem och som påverkar barns hälsa och utveckling negativt.

När det gäller lagar och regelverk på familjepolitikens område anser Kristdemokraterna att det är barnens behov och rätt till sina föräldrar och sitt ursprung som ska vara utgångspunkten.

9.5 Adoption

Kristdemokraternas utgångspunkt är att vuxna inte har rätt till barn, däremot har barn rätt till föräldrar. I de fall då de biologiska föräldrarna av någon anledning inte kan ta hand om sitt barn är det viktigt att hitta en ny stabil familjemiljö där barnet kan få trygghet, omsorg och kärlek.

En adoption innebär att adoptivbarnet får rättslig ställning som barn till den eller dem som adopterar.

9.5.1 Adoptivförälders ålder vid adoption kan inte vara avgörande

I svensk lagstiftning finns det inte någon övre gräns för adoptivföräldrars ålder.

Däremot finns det allmänna råd utarbetade av Socialstyrelsen där det står:

”Om sökanden är över 42 år då ansökan görs, bör utredaren klargöra, om det finns särskilda omständigheter som kan vara av betydelse för helhetsbedömningen av, om sökanden är lämpad att adoptera. Sådana omständigheter kan bl.a. vara att

- sökanden har en relation till det barn som ansökan avser,
- enbart den ena parten vid en gemensam ansökan är något över 42 år, eller
- ansökan avser medgivande för adoption av ytterligare ett barn i familjen.”

I praktiken innebär denna rekommendation att många kommuner inte lämnar ett medgivande om adoption om någon av föräldrarna är äldre än 42 år vid ansökan om adoption.

Det är inte enbart åldern som avgör adoptivföräldrars lämplighet. En adoption kräver alltid tillstånd av domstol. Domstolen prövar om den tilltänkta adoptionen är lämplig. Domstolens prövning föregås av en utredning hos socialnämnden. I utredningen granskas allt ifrån privatekonomi till sociala förhållanden, föräldrarnas eventuella sjukdomar, sociala nät och arbetssituation. Det är rimligt att till detta lägga att hänsyn ska tas till ålderskillnaden mellan det tilltänkta barnet och den adoptionssökande istället för enbart till åldern hos den adoptionssökande. Fokus måste vara på att, så långt som möjligt, garantera det allra bästa för det barn som adopteras.

9.5.2 Höjt adoptionsbidrag

Enligt Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har adoptionsbidraget urholkats. När adoptionsbidraget infördes uppgick det till 50 procent av genomsnittskostnaden för adoption. Sedan 1997 är beloppet fast och höjdes senast under 2001 till 40 000 kronor. Det motsvarade då 40 procent av den genomsnittliga kostnaden för adoption. Sedan dess har kostnaderna, enligt ISF, ökat kraftigt på grund av ökade vårdkostnader, ökad kontroll av adoptionsverksamheten och längre vistelsetider för att hämta barnet.

Kristdemokraterna anser att adoptionsbidraget bör höjas till 50 000 kronor för att i större utsträckning täcka de faktiska kostnaderna kring adoptionen och för att förhindra att ekonomiskt svaga grupper helt utestängs från möjligheten att adoptera. Av budgetpropositionen framgår att medel för adoptionsbidrag inte har utnyttjats fullt ut på grund av att färre adoptioner genomförs. Även för kommande år beräknas antalet adoptioner vara på motsvarande nivå som vi sett under föregående år. Det finns således inom ramen för befintligt anslag utrymme att höja adoptionsbidraget. Vi avvisar helt regeringens förslag att minska anslaget med 6 miljoner kronor, vilket motsvarar nästan 17 procent av anslaget. Vi menar att det är anmärkningsvärt att regeringen skär på anslaget i så stor grad för att finansiera anslaget bidragsfastigheter, d.v.s. slott, parker och motsvarande fastigheter.

9.6 Föräldrastöd

Politiken ska stödja familjen. Familjen är den grundläggande gemenskapen i samhället och därför ska familjebildning och familjesammanhållning underlättas och uppmuntras. Familjens integritet ska respekteras och föräldraansvaret ska tydliggöras och

uppmuntras. Även om en parrelation ibland inte fungerar är det gemensamma ansvaret för barnet livslångt.

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

9.6.1 Föräldrastöd och föräldrautbildning

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

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

Det finns en efterfrågan bland föräldrar om att kunna få prata och rådgöra med någon om föräldrarollen och barnets utveckling. Det befintliga utbudet av stöd motsvarar inte detta behov, inte minst vad gäller stödet till föräldrar med tonårsbarn. Vi vill därför öka tillgången till föräldrautbildning genom att göra det obligatorisk för kommunerna att erbjuda föräldrautbildning. Vi avsätter 76 miljoner kronor för detta ändamål till kommunerna. Folkhälsomyndighetens hälsoekonomiska beräkningar visar att det är kostnadseffektivt att satsa på föräldrastöd. Varje satsad krona på strukturerade föräldrastödsprogram ger 2 kronor tillbaka inom ett till två år. Även studier som två nationalekonomer genomfört för Idéer för livet visar på de såväl mänskliga som ekonomiska fördelarna med att satsa på tidiga insatser, fasta prioriteringar, långsiktighet och strukturell samverkan för att barn inte ska hamna i utanförskap. Föräldrarna är i detta sammanhang centrala, enligt författarna.⁷

⁷ ”Individen i centrum. Det är bättre att stämma i bäcken än i ån.” Skandia Idéer för livet. Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog.

9.7 Familjerådgivning

Kristdemokraterna medverkade under regeringstiden 1991–1994 till förstärkt familjerådgivning och numera är varje kommun skyldig att erbjuda familjerådgivning. Under 2014 hölls över 111 000 familjerådgivningssamtal med drygt 62 000 personer. Det motsvarar 10 personer per 1 000 i befolkningen. Drygt 44 000 barn berördes direkt eller indirekt av dessa samtal. I 80 procent av fallen var de besökande gifta par eller samboende. I 28 procent av alla ärenden hade relationen pågått mellan 5 och 9 år.

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

Enligt Socialstyrelsen visar studier att familjerådgivningen kan bidra till förbättrade parrelationer, ett funktionellt familjeklimat samt förbättrad hälsa. Satsningar på familjerådgivning och föräldrastöd är således bra sätt att främja familjestabilitet och att förbättra situationen för barnen. Familjerådgivning och föräldrastöd är förebyggande barnavårdsarbete!

Familjerådgivningen fungerar bäst i ett tidigt skede innan alltför stora låsningar uppstår. För att så ska ske måste familjerådgivningen avdramatiseras, exempelvis genom att denna möjlighet introduceras på ett tidigt stadium. När ett par blir föräldrar för första gången vill vi därför att de får två gratischeckar till familjerådgivningen som de kan nyttja om de vill eller har behov. Tillsammans med dessa checkar ska information finnas som beskriver vad familjerådgivningen kan erbjuda. Denna fråga bör utredas.

Eftersom familjerådgivningen är inriktad på att ge stöd i krissituationer är det viktigt att väntetiderna inte får vara allt för långa. Vi vill därför införa en familjerådgivningspeng som ger föräldrarna möjlighet att välja mellan privata och kommunala vårdgivare i flera kommuner. Valfrihetssystem finns i några kommuner, vilket har lett till ökat antal familjerådgivare och således bättre tillgänglighet.

En annan viktig fråga ur ett tillgänglighetsperspektiv är avgifterna till familjerådgivningen. Enligt lagstiftningen får kommunerna ta ut avgifter men de bör läggas på en sådan nivå att de inte avhåller enskilda från att vända sig till den kommunala familjerådgivningen. Avgifterna varierar dock starkt mellan olika kommuner från helt avgiftsfritt till 500 kronor. Avgiften har sannolikt en inverkan på efterfrågan och därmed tillgängligheten, i synnerhet för familjer med lägre inkomster. För att sänka trösklarna till familjerådgivningen föreslår vi därför att kommunerna maximalt ska ta 300 kronor för ett besök hos familjerådgivningen. Det motsvarar en vanlig kostnad för besök hos en specialistläkare. Dessutom ska kommunerna erbjuda minst tio besök till den fastställda maxavgiften. Frågan bör utredas vidare.

9.7.1 Familjecentral och öppen förskola

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

Ingen vet hur många familjecentraler det finns i Sverige. Det finns ingen instans på nationell nivå med uppdrag att följa upp det arbete som görs. Istället är det en ideell förening, Föreningen för familjecentraler, som vet mest. De har 60 medlemmar och vet att många kommuner är på gång att starta upp en verksamhet.

Familjecentraler startas ofta i projektform. Med huvudmännens ansträngda ekonomi vet man väldigt lite om sin framtid. Tyvärr skapar detta inte den långsiktighet som skulle behövas i verksamheten.

Kristdemokraterna ser mycket positivt på familjecentralverksamheten och ser gärna att minst en central med god tillgänglighet finns i varje kommun. Verksamheten startas utifrån ett behov och ur ett underifrånperspektiv. Statens uppgift bör dock vara att stå för en nationell uppföljning av verksamheten så forskningen kan tillgodogöra sig de

erfarenheter som görs i verksamheten och så att statistiskt material kan samlas och spridas. Staten bör också stå för stimulans till huvudmännen av verksamheten, så att den kan permanentas och långsiktigt förbättra hälsoläget för barn och familjer samt förebygga att riskfaktorer löses ut.

Vi är också mycket positiva till att det finns en öppen förskola i anslutning till familjecentralen. Antalet öppna förskolor har dessvärre minskat avsevärt under de senaste åren.

9.8 Barnkonventionen som svensk lag

Kristdemokraterna har länge haft kravet att barnkonventionen ska bli svensk lag.

Barnrättighetsutredningen har i uppdrag att se över frågan om barnkonventionen och utredningen har fått ett utökad uppdrag som innebär att

- lämna förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen
- belysa vilka principer som kan bli aktuella vid en eventuell konflikt mellan barnkonventionens bestämmelser och svensk lagstiftning, samt hur barnkonventionens bestämmelser kan få genomslag vid en sådan konflikt
- belysa vilken vägledning som kan behövas för att tolka konventionen
- lyfta fram vilka åtgärder i övrigt som kan behöva vidtas vid en inkorporering av barnkonventionen.

Utredningen ska redovisa sitt resultat senast i februari 2016 och regeringen har aviserat att arbetet med att ta fram en proposition beräknas påbörjas under sommaren 2016.

9.9 Hemlöshet

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

10 Funktionshinderpolitik

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

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

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

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

Kristdemokraterna har tillsammans med alliansregeringen

- infört en lag om mobilitetsstöd, som ett komplement till färdtjänst
- ökat anslaget för bilstöd
- utvidgat omvårdnadslyftet till även personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning
- fördubblat beloppet för arbetshjälpmedel
- ökat anslagen till lönebidrag och Samhall
- förbättrat villkoren för det särskilda anställningsstödet
- förbättrat stödet till socialt företagande
- infört LOV (lagen om valfrihet) som ett alternativ till LOU (lagen om offentlig upphandling) som kan tillämpas på bl a omsorgs- och stödverksamhet för personer med funktionsnedsättning
- infört möjlighet att välja hjälpmedel, när det finns flera likvärdiga tillgängliga inom landstiget eller kommunen.

10.1 LSS

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

Insatserna är tio till antalet och en av dessa är personlig assistans. LSS är en

betydelsefull reform som på ett avgörande sätt har förbättrat levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Reformerna har också drivits igenom av en borgerlig regering. Det är reformer som vi fortsatt måste värna och vårda. Det handlar om rättigheter och det är angeläget att hålla fast vid att hanteringen av lagarna ska vara rättssäker. Ansvaret för stöd till personer med funktionsnedsättning delas mellan staten och kommunerna. För grundläggande behov upp till 20 timmar per vecka bär kommunen hela ansvaret. Personer med större behov har rätt till statlig assistansersättning, som bedöms och administreras av Försäkringskassan.

Första året, 1995 när reformen genomfördes, var kostnaden för den 4 miljarder kronor – 2013 var kostnaden 27 miljarder kronor. Utvecklingen är fortsatt densamma. Allt fler personer innefattas, och antalet timmar per person ökar. Att fler omfattas och att timmarna i snitt ökar behöver dock inte i sig vara bevis för att alla får sina behov tillgodosedda.

Antalet personer som har minst en insats från sin kommun enligt LSS har ökat med 2–3 procent per år under en lång följd av år.

Kristdemokraterna har tillsammans med alliansregeringen vidtagit ett flertal åtgärder för att ytterligare förbättra LSS, bland annat följande:

- Ett förtydligande har införts av kommunernas ansvar för att skapa bättre förutsättningar för att undvika tvister och stärka den enskildes rättssäkerhet.
- Försäkringskassan har redovisat åtgärder för att öka kvaliteten i beslutsfattandet, bland annat en beskrivning vad som avses med grundläggande behov, stärka kompetensen hos personalen och utveckla de försäkringsmedicinska rådgivarnas roll vid assistansersättning.
- Försäkringskassan har utarbetat rutiner för en säkrare handläggning. Även om det fortsatt finns stora regionala skillnader i landet är det i dag mer av enhetlighet.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan har utarbetat ett vetenskapligt instrument som ska användas när behov av personlig assistans ska bedömas.
- En utredning har tillsatts för att se över ersättningen för personlig assistans och ta fram förslag på en ändamålsenlig utformning av ersättningen.

Det är ytterst angeläget att arbetet med att ta fram en ändamålsenlig utformning av ersättningen skyndsamt fullföljs. Oron hos brukarna och assistansanordnarna är stor för att nuvarande beräkningsmodell innehåller brister som kan leda till att kostnaderna för de med de största omsorgsbehoven inte täcks. Det riskerar leda till att verksamheter som

drivs som brukarkooperativ eller företag inte får kostnadstäckning och därmed tvingas lägga ner eller begränsa verksamheten. En utveckling mot färre utförare och minskad valfrihet är inte önskvärd och därför måste ersättningen ta hänsyn till de fulla kostnaderna oavsett driftsform och vidden av behov hos brukarna. Det finns för närvarande inget underlag för en annan beräkning av assistansersättningen än den nuvarande.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har utretts vid ett flertal tillfällen senast av den parlamentariska utredningen ”Möjlighet att leva som andra” (SOU 2008:77).

10.2 Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar

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

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

11 Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar

Med anledning av transfereringar till följd av KPI-effekt tillförs anslaget 9:1 ytterligare 130 miljoner kronor 2017, 120 miljoner kronor 2018 samt 100 miljoner kronor 2019. E-hälsomyndighetens anslag minskas till följd av att vi avvisar förslaget om läkemedel för barn.

Emma Henriksson (KD)

Annika Eclund (KD)

Lars-Axel Nordell (KD)

Magnus Oscarsson (KD)

Larry Söder (KD)

Roland Utbult (KD)