

Motion till riksdagen 2011/12:So521

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

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Förslag till riksdagsbeslut	3
Hälso- och sjukvård	8
Sjukvårdssatsning: hälso- och sjukvård i världsklass kräver investeringar.....	8
En sammanhållen och gemensam hälso- och sjukvård för alla	9
Patientkontrakt för trygghet och tillgänglighet.....	10
Nationell kvalitetscertifiering av hälso- och sjukvården	11
Nationella riktlinjer	12
Patientsäkerhet i vården	13
Nationella kvalitetsregister.....	14
Tid för vård	15
Personalen i hälso- och sjukvården	15
En modern it-strategi för hälso- och sjukvården.....	17
Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård	18
Fri etablering i specialistsjukvården.....	20
Jämställd hälso- och sjukvård.....	20
Högekostnadsskyddet	21
Driftsformer i hälso- och sjukvården.....	22
Översyn av vinst och konkurrens i välfärden	23
Organdonation.....	25
Hbt-personers hälsa.....	26
Hiv/aids.....	26
Läkemedel.....	27
Apoteksmarknaden.....	28
Antibiotikaresistens.....	29
Psykiatri	30
Tandvård	33
Folkhälsa	33
Tobak	36

Fel! Okänt namn på

Alkohol och narkotika	39
Missbruksvården	44
Den sociala barn- och ungdomsvården.....	45
Ungdomsmottagningar	49
Funktionshinderspolitik.....	50
Äldres vård och omsorg.....	52
Insemination för ensamstående	59
Könstillhörighetslagen.....	60
Ekonomiskt bistånd (socialbidrag)	60
Överskuldssatthet.....	61
Barnfattigdom.....	62
Spelberoende	63
Hemlöshet.....	64

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen anvisar med följande ändringar i förhållande till regeringens förslag anslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt uppställning (anslag i tusental kronor):

Anslag	Regeringens förslag	Anslagsförändring
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	1 711 923	
Nytt stimulansbidrag till landstingen för att förbättra omhändertagandet av svårt sjuka äldre patienter		0 +160 000
Stimulanssatsningen på 160 000 för att öka användningen av LOV i specialistsjukvården slopas		-160 000
Nytt: Sjukvårdssatsning	-	+1 000 000
Summa för utgiftsområdet	60 078 114	+ 1 000 000

2. Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) angående högkostnadsskyddet för vårdavgifter i hälso- och sjukvården.
3. Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. angående högkostnadsskyddet för läkemedel.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om sjukvårdssatsning.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientkontrakt.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationell kvalitetscertifiering.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att vården ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet också när det gäller att fördela vårdresurser.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nationella riktlinjer.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om patientsäkerhet.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om handlingsprogrammet Tid för vård.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om meddelarskydd.¹
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en it-strategi för hälso- och sjukvården.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningsystemen i vården.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg.

Fel! Okänt namn på

15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inte tillåta fri etablering i specialistsjukvården.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell genomförandeplan för jämställd hälso- och sjukvård.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om investeringsskydd för skattefinansierad verksamhet.²
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet med förtur (gräddfiler) för privatbetalande patienter i den offentligt finansierade vården.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om vinst och konkurrens i välfärden.²
21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om organdonation.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för hbt-personers hälsa.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hbt-certifiering för landets samtliga ungdomsmottagningar.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser när det gäller smittskydd och hiv.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett nationellt initiativ för säkrare läkemedelshandtering.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om apoteksmarknaden.
27. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en strategi mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.
28. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en långsiktig handlingsplan för psykiatrin.
29. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (Barnens räddningstjänst).
30. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tandvårdsförsäkringen.
31. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inrätta en kommission för jämlik hälsa.
32. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om obligatoriska bildvarningar på cigarettpaket.
33. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dold försäljning av tobak.

Fel! Okänt namn på

34. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om tillståndsplikt för försäljning av tobak.
35. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket.
36. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholreklam.
37. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om licensplikt för folkölsförsäljning.
38. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ompröva beslutet att låta privatpersoner föra in alkoholdrycker i Sverige också för andra personers räkning.
39. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att inte införa gårdsförsäljning eller spritbutiker.
40. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar.
41. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om alkoholås.³
42. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om missbruksvården.
43. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en kartläggning av ungdomsmottagningarnas öppettider och kompetens.
44. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om funktionshinderspolitikens inriktning.
45. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en parbogaranti.
46. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om äldrepolitikens inriktning.
47. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insemination för ensamstående.
48. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om könstillhörighetslagen.
49. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en utredning om transpersoners villkor.
50. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ekonomiskt bistånd (socialbidrag).
51. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om överskuldssatthet.⁴
52. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om barnfattigdom.
53. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om socialtjänstens åtagande när det gäller spelmissbruk.
54. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om insatser för att motverka hemlöshet.

Fel! Okänt namn på

¹ Yrkande 11 hänvisat till KU.

² Yrkandena 17 och 20 hänvisade till FiU.

³ Yrkande 41 hänvisat till TU.

⁴ Yrkande 51 hänvisat till CU.

Hälso- och sjukvård

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

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

Sjukvårdssatsning: hälso- och sjukvård i världsklass kräver investeringar

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

Vi vill genomföra ett brett reformprogram för en jämlik sjukvård. Vi vill göra satsningar för att modernisera, utveckla och förstärka sjukvården. Vi vill införa en nationell kvalitetscertifiering för alla offentligt finansierade vårdgivare, med lika höga kvalitetskrav på alla vårdenheter och all omsorg.

Vi säger nej till förslaget om att höja taken för högkostnadsskydden för besök i sjukvården och för läkemedel med 200 respektive 400 kronor från årsskiftet. Förslaget har sämsta möjliga fördelningsprofil. De som besöker sjukvården ofta och är beroende av många mediciner får betala försämringarna. Socialstyrelsen har till exempel redovisat att ensamstående med barn redan nu i tre gånger så hög utsträckning som andra avstår från att hämta ut läkemedel av ekonomiska orsaker. Den som aldrig eller ganska sällan besöker sjukvården slipper försämringar helt.

Fel! Okänt namn på

På sikt förväntas de höjda patientavgifterna inbringa 980 miljoner kronor. För att kompensera landstingen för de uteblivna avgifterna från patientkollektivet så tillför vi 1 miljard kronor till landstingen redan från 2012. De ökade resurserna till hälso- och sjukvården kan användas på flera olika sätt. Det möjliggör satsningar som leder till en mer jämlik vård. De kan också användas till mer personal i vården, högre löner för de vårdanställda och fler vårdplatser.

Regeringen försöker genom stimulansbidrag styra landstingen att införa etableringsfrihet. Vi anser inte att detta är en fråga som staten ska engagera sig i och vi avvisar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som införs från 2012 och som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården. Vi föreslår istället att pengarna används till ett stimulansbidrag till landstingen för att förbättra omhändertagandet av svårt sjuka äldre patienter.

Alla har rätt till sjukvård på lika villkor. Den som har haft möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring ska inte kunna få vård snabbare än andra på ett offentligt finansierat sjukhus. Lagstiftning kring detta avskaffades 2007. Vi anser att det bara är hälsotillståndet som ska avgöra när och hur du får vård på ett offentligt finansierat sjukhus – aldrig plånbokens tjocklek eller olika privata försäkringar. Vi vill i lag förbjuda möjligheten att köpa sig förtur (gräddfiler) på offentligt finansierade sjukhus.

Universitets- och regionsjukhusen har en avgörande betydelse för att ge högkvalitativ och jämlik vård. Samarbetet mellan sjukhusen är viktigt för hela vårdorganisationen. Om man bryter ut ansvaret för sjukhusen riskerar man att slå sönder vårdkedjor för patienter och försämma samverkan mellan olika delar av vården. Vi anser att universitets- och regionsjukhusen ska ägas gemensamt. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till det lagstadgade ansvaret för vården, vilket gör dem olämpliga att privatisera.

Vi vill stärka patienternas rättigheter. Medborgarna ska ha rätt att välja bland en mångfald av vårdgivare, men vårdföretagen ska inte kunna välja bort patienter. Vi vill införa ett patientkontrakt där patientens alla delar inom behandling ingår och inom vilken tid det ska ske.

Vi föreslår även satsningar inom arbetsmarknadspolitiken i syfte att underlätta generationsväxlingen inom vård och omsorg i form av utbildningsvikariat och traineeplatser.

En sammanhållen och gemensam hälso- och sjukvård för alla

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

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

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

Patientkontrakt för trygghet och tillgänglighet

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

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

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

Ett problem med dagens vårdgaranti är att det är väntetiden vid varje undersökning/besök/behandling som regleras och inte patientens sammanlagda väntetid. För individen är det viktigt att den sammanlagda väntetiden i

Fel! Okänt namn på

vården blir dels kort, dels förutsägbar så att det är möjligt att planera in undersökningstillfällen när det passar patienten.

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

I patientkontraktet ska det följande preciseras:

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

Patienten ska inte behöva vara aktiv och gå runt och handla på en sjukvårdsmarknad för att få vård i tid och en fungerande vårdkedja. Det krävs ett politiskt ansvar för att säkerställa att alla patienter – även de som har begränsade möjligheter att hävda sina rättigheter – får vård i tid. Vårt alternativ för att korta väntetiderna och klara vårdgarantin är tydligt: tillför mer resurser till sjukvården, gynna de landsting som bäst klarar vårdgarantin och tillförsäkra patienter ett patientkontrakt med en tids- och behandlingsplan. Vårdkontrakt ingår som en del i vår sjukvårdssatsning för att modernisera sjukvården, strukturera kvalitetsarbetet och höja kvaliteten i vården.

Nationell kvalitetscertifiering av hälso- och sjukvården

För att säkerställa att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder vård av hög kvalitet föreslår vi att ett system med nationell kvalitetscertifiering införs. Oavsett var jag som patient bor och oavsett om vårdgivaren jag väljer är offentlig, kooperativ, ideellt driven eller privat ska jag vara garanterad en vård av hög kvalitet. Den nationella certifieringen ska därför gälla alla offentligt finansierade vårdgivare, offentliga såväl som privata. Certifieringen ska vara tidsbegränsad och omprövas med jämna mellanrum. Den ska kunna dras in när vårdgivare har brister i vården. Det ska utvärderas om en verksamhet svarar upp mot gemensamma standarder. För att få certifiering ska vårdgivare visa att vården har hög kvalitet och är evidensbaserad, håller god tillgänglighet, uppfyller krav på patientsäkerhet med mera. Certifieringen innebär också att alla vårdgivare måste följa nationella riktlinjer och ingå i samma nationella system för kvalitetsregister och öppna jämförelser.

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

Nationella riktlinjer

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

Ett exempel på problematiken är cancervården. För fyra år sedan presenterade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för cancervården. Två år senare kom en nationell cancerstrategi som nu håller på att genomföras. Enligt de nationella riktlinjerna ska alla vårdregioner ha särskilda vårdprogram för de vanligaste cancersjukdomarna. Men riktlinjerna genomförs inte överallt. En granskning i början av 2011 visade att det fanns vårdregioner som saknade vårdprogram, och vården varierade kraftigt mellan olika delar av landet till exempel när det gäller prostatacancer. Cancerpatienter måste kunna känna sig trygga i sin visshet att de kommer att få god, medicinskt relevant och likvärdig vård oavsett var i landet de bor. De nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram måste genomföras.

Även när det gäller insatser mot bröstcancer finns det stora skillnader. Överlevnaden i bröstcancer har ökat. Den förbättrade överlevnaden beror dels på mammografiscreening som gör att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder. Dock varierar överlevnadsgraden kraftigt mellan olika samhällsgrupper. Kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden deltar i mindre utsträckning i mammografi än andra kvinnor. Detta är en avgörande förklaring till de stora skillnaderna i överlevnad. Ju tidigare cancer upptäcks desto bättre förutsättningar för en lyckad behandling. Landstingen ska erbjuda alla i åldern 40–74 år mammografiscreening enligt Socialstyrelsens bedömning av det tillgängliga vetenskapliga underlaget. Detta har dock inte gjorts överallt. Vi vill att det ska vara obligatoriskt för landstingen att säkerställa mammografi i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer och att varje landsting ska analysera vilka kvinnor som inte deltar i screeningprogrammen och varför, för att därefter kunna göra riktade insatser för att nå dem som inte deltar.

Fel! Okänt namn på

Under senare tid har det uppmärksammats att läkare fått ersättning för verkninglösa homeopatiska behandlingsmetoder. Det är allvarligt. Den som besöker den allmänna sjukvården ska vara tryggt förvissad om att behandlingsmetoderna säkert vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Att tillförsäkra detta borde vara en självklar del av de nationella riktlinjerna. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Cancervården för prostata- respektive bröstcancer och ett vetenskapligt förhållningssätt till den allmänna hälso- och sjukvården ska ses som tre viktiga exempel på hur man kan jobba med nationella riktlinjer för att öka kvaliteten och tryggheten i sjukvården.

Vi föreslår att nationella riktlinjer, liksom vissa läkemedelsrekommendationer, ska utformas så att de kan göras obligatoriska i vården.

Patientsäkerhet i vården

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

Statens insatser för att säkerställa kvalitet och säkerhet har i alltför hög grad varit fokuserad på tillsyn när något händer. Men det räcker inte att granska och bedöma en enskild händelse. Hälso- och sjukvård är en riskfylld och komplex verksamhet. Hälso- och sjukvården måste därför hela tiden dels arbeta systematiskt med patientsäkerhet, dels lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygg med att rapportera in avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar även om självklart alltid felbehandlingar ska utredas och leda till konsekvenser för den som brister i ansvar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården där data presenteras köns- och åldersuppdelade. Alla vårdskadeundersökningar ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram. Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs idag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg. Den nya patientsäkerhetslagen är ett steg i riktning mot att titta på system och styrning snarare än att bara fokusera på enskilda mänskliga misstag. Tyvärr skedde införandet av den nya lagen på ett alltför snabbt och ogenomtänkt sätt. Socialstyrelsen, som tog över merparten av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds uppgifter, fick inte tillräckliga resurser för att sköta den viktiga klagomålshanteringen. Detta har gjort att tusentals ärenden ligger på hög och inte har behandlats. Det är av största vikt att Socialstyrelsen får de resurser som krävs för att hantera klagomålshanteringen. Regeringen måste noga följa denna fråga och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Samhället måste kunna erbjuda tydliga kommunikationsvägar

Fel! Okänt namn på

för patienter som blivit felbehandlade eller skadade av vården. Dessa patienter måste känna trygghet i att veta att deras fall verkligen prövas. Det handlar om förtroende för hela sjukvårdssystemet.

Det är av fundamental betydelse för hela samhället och alla medborgares trygghet och säkerhet att nödnumret 112 fungerar på ett bra sätt. För den som befinner sig i en nödsituation räcker det med ett enda samtal till nödnumret 112 för att nå samhällets alla räddningsresurser. Det är SOS Alarm som på statens vägnar ansvarar för nödnumret 112 och de möter varje dag tusentals människor som behöver hjälp i samband med olyckor och vid akuta sjukdomstillstånd. Under det senaste året har det kommit in ett antal anmälningar om att sjuka och nödställda ringt 112 men inte fått den hjälp som varit nödvändig. Enstaka misstag kommer alltid att kunna inträffa men Socialstyrelsen har gjort bedömningen att problemet med bedömningar och prioriteringar är nationellt. Socialstyrelsen har därför inlett en landsomfattande granskning av SOS Alarm. Socialstyrelsen ska förutom att granska frågan om bedömningar och prioriteringar även titta på personalens kompetens och hur den följs upp av SOS Alarm för att säkerställa att alla bedömningar håller hög kvalitet. Staten äger 50 procent av SOS Alarm och avtalet om nödnumret 112 tecknas av Försvarsdepartementet. Kvaliteten på den hjälp och service som ges genom nödnumret 112 måste säkras.

Nationella kvalitetsregister

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

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

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 pekar på att det behövs bland annat en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns det problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, vilket kan lösas genom att strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem integreras.

Det behövs nationellt stöd och en organiserad samverkan mellan staten, sjukvårdshuvudmännen, forskningen och industrin för att alla register ska få

Fel! Okänt namn på

tillräcklig finansiering och kvalitet, göras öppna och tillgängliga och användas i forskningssammanhang. Staten har ett huvudansvar för att denna utveckling kommer till stånd. Vår politik på området utvecklas närmare i den särskilda kommittémotionen *Politik för forskning* som kommer att behandlas av utbildningsutskottet.

Tid för vård

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

Personalen i hälso- och sjukvården

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

Fel! Okänt namn på

upp i arbetstid ska ges möjlighet till det. Vi vill därför få till stånd en lagstiftning om rätt till heltid. Att vården kan erbjuda heltid som norm ger ökad kontinuitet för vårdtagarna och ökad trygghet för personalen och kan därför bidra till ökad kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Arbetsmiljön måste bli bättre i hälso- och sjukvården. Tunga lyft och en arbetsorganisation som sliter ut och tvingar inte minst många kvinnor att sluta i förtid måste ersättas med moderna arbetsplatser i vården som är hälsosamma och utvecklande. För oss är det självklart att all hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i en bra arbetsmiljö under kollektivavtalsenliga villkor och ha meddelarskydd, oavsett om arbetsgivaren är privat eller offentlig.

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

Personalen är den viktigaste kvalitetsfaktorn; de måste ha rättigheter och möjligheter att diskutera vårdens kvalitet utan att riskera bestraffning. De fackliga organisationerna har länge drivit denna fråga, utan framgång. Riksrevisionen har i en rapport (RiR 2008:21) uppmärksammat frågan och föreslagit att personalens meddelarskydd ska stärkas. Det är nu hög tid att stärka kvalitetskontrollen och personalens rättigheter i den privata vården och omsorgen. Det är viktigt att alla entreprenadavtal med privata utförare inom vård och omsorg omfattar personalens rätt till meddelarskydd. Men det räcker inte. Vi föreslår att regeringen uppmanas av riksdagen att återkomma med ett förslag till lagändring som ger all personal inom offentligt finansierad vård och omsorg meddelarskydd.

Vården står inför stora pensionsavgångar. För att säkra vårdens framtida personalförsörjning behöver ett antal olika åtgärder vidtas.

Vi har i vår partimotion om budgeten för 2012 lagt fram förslag om utbildningsvikariat inom vård och omsorg. Anställda får möjlighet att komplettera och bygga på sin tidigare utbildning samtidigt som en långtidsarbetslös får arbetslivspraktik och en möjlighet till vidare anställning i en viktig framtidsbransch.

Vi har också i partiets budgetmotion för 2012 föreslagit inrättande av traineeplatser för unga under 26 år i privat och offentlig verksamhet. Vi föreslår att dessa platser inrättas genom kreditering av arbetsgivarnas skattekonton för den som anställs som trainee. En tidigare arbetslöshetsperiod ska inte vara ett kriterium för att komma i fråga för insatsen. Alla arbetsgivare ska kunna

Fel! Okänt namn på

ansöka om att anställa en trainee under förutsättning att a) de kan visa upp behov av nyrekrytering till följd av generationsväxling inom en period av 1–3 år, b) det finns en godkänd handlingsplan där teori varvas med praktik, där teorin ska ge kunskaper om företaget och branschen och praktiken t.ex. ge möjlighet att prova på företagets olika avdelningar och verksamheter, samt c) det finns en utsedd handledare på arbetsplatsen. Arbetsmarknadens parter ska sluta avtal om traineeanställningar.

Vi behöver också öka antalet platser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna. Bristen på läkare och sjuksköterskor kommer annars att bli akut väldigt snabbt. Redan i dag finns brister inom många specialiteter och hälso- och sjukvården står inför stora pensionsavgångar som måste mötas. Vi stöder regeringens förslag till utökning av läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen under kommande år.

En modern it-strategi för hälso- och sjukvården

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

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

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

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

Ett modernt utnyttjande av it handlar också om att utveckla lösningar direkt för patienten. Många människor, oavsett ålder, behöver hjälp med att hålla ordning på information som har med den egna hälsan att göra. Det är svårt att minnas vilken antibiotika läkaren ordinerade sist, vilka vaccinationer

som är gjorda eller vilket knä som smärtade för tio år sedan. På samma sätt som de flesta människor idag har ett bankkonto på internet kan man ha ett säkert konto för att samla information som rör hälsan. Hälsokontot ska vara individuellt. Ingen annan än den som har hälsokontot ska ha tillgång till informationen. Kontot ska vara lika säkert som ett bankkonto. Ett hälsokonto kan till exempel innehålla den egna journalen, kortfattad information från vårdcentraler, sjukhus och hemsjukvård, information från apoteket, tandläkaren och optikern, information om vaccinationer, utlandsvård etc., läkemedelsförteckning och personliga minnesanteckningar. På sikt ska det också finnas möjlighet att ha direkt kontakt med vården.

Hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård

Primärvården har en central betydelse för det sjukdomsförebyggande hälsoarbetet och för en jämlik hälsa. Internationell forskning visar att en bra primärvård är den del av sjukvården som har störst betydelse för folkhälsan. Utan en bra primärvård utnyttjas inte den samlade hälso- och sjukvårdens resurser på bästa sätt. Men det är inte bara primärvården som bär ansvar för ett sjukdomsförebyggande hälsoarbete. Även sjukhus har en viktig hälsofrämjande roll.

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

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

Ersättningssystemen bör premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för alla åldersgrupper, teamarbete och hög tillgänglighet.

Förebyggande arbete ska tydligt ingå i primärvårdens uppdrag. Arbetet med att omvandla vårdcentraler till hälsocentraler ska främjas. Det innebär exempelvis att vårdcentraler bör erbjuda insatser för rökavvänjning, alkoholrådgivning och kostrådgivning samt skadeförebyggande arbete inom äldreomsorgen och läkemedelsgenomgångar. I de fall man vet att livsstilsförändringar ger lika stor eller större effekt än läkemedel och då läkaren bedömer att det är möjligt bör detta i första hand prövas och följas upp. På många platser i landet har fysisk aktivitet på recept (FAR) framgångsrikt prövats. I samarbete med andra aktörer inom friskvårdsområdet kan detta utvecklas och förbättras. Samverkan mellan olika personalgrupper är en nödvändig förutsättning för ett

Fel! Okänt namn på

arbete som utgår från en helhetssyn på människan och möjlighet att möta mångskiftande vårdbehov och socialmedicinsk problematik.

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

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

Vi vill att människor ska ha inflytande över sin hälso- och sjukvård. Medborgare ska ha rätt att välja vårdcentral och läkare. På denna punkt är vi ense med regeringen. Vi är dock kritiska till hur lagarna för detta har utformats. Vi menar att de gällande lagarna LOV (lagen om vårdval) och lagen om vårdval i primärvården har stora och avgörande brister. Lagarna innebär fri etablering för företag inom välfärdsområdet och hindrar därmed landstingen/regionerna att utforma och utveckla modeller för en god primärvård utifrån medborgarnas behov. Fri etablering innebär att landstingen/regionerna blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt. Det finns en risk att utbudet av primärvårdsenheter blir lägre i mer kostnadskrävande områden om inte ersättningssystemet tar tillräcklig hänsyn till sjuklighet och sociala skillnader (se till exempel kritiken mot utformningen av Vårdval Stockholm). Det är oacceptabelt att marknadsmekanismer ska sätta spelreglerna för en behovsstyrd verksamhet. Vi avvisar fri etablering för vårdföretagen. Det måste finnas möjlighet för den som finansierar vården att vid behov diskutera och styra etableringar av privata aktörer.

LOV möjliggör även för privata utförare att sälja tilläggstjänster. Vi motsäger oss bestämt en hälso- och sjukvård (eller kommunal vård och omsorg) där de som har råd tillåts köpa extra tjänster inom den offentliga verksamheten. Det öppnar för en tudelning av vården som leder till att det blir plånboken och inte behoven som styr. Det kommer även på sikt att leda till att den offentligt finansierade vården urholkas. Risken är stor att det skapas en lägsta nivå som alla har tillgång till och att den som vill (och har råd) kan köpa tjänster eller behandlingar utöver detta. En demokratiskt styrd och solidariskt finansierad vård som ges efter behov är en grundläggande del av den svenska välfärden. Det är viktigt att medborgarna har valmöjlighet. Det är medborgarna som ska ha rätt att välja vårdgivare, inte vårdföretagen som ska få välja patienter. Vi föreslår att en ny lag om medborgarnas valfrihet i vård och omsorg utformas i enlighet med vad som anförts ovan.

Fri etablering i specialistsjukvården

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

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

Regeringen har inte lagt fram något förslag om införande av LOVE; däremot försöker regeringen att genom stimulansbidrag styra landstingen att införa etableringsfrihet. Vi anser inte att detta är en fråga som staten ska engagera sig i och vi avvisar därför det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som införs från 2012 och som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården (160 miljoner 2012, och 100 miljoner årligen 2013–2014 på anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård). Vi föreslår istället att pengarna används till ett stimulansbidrag till landstingen för att förbättra omhändertagandet av svårt sjuka äldre patienter.

Jämställd hälso- och sjukvård

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

Fel! Okänt namn på

tral betydelse för att få en jämställd vård. Arbetet med könsuppdelad vårdstatistik bör fortsätta och jämställd vård bör vara ett eget uppföljningsområde i de nationella jämförelserna.

Att nå ökad jämställdhet i vården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på forskning, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser.

Högekostnadsskyddet

Regeringen föreslår i budgeten att högekostnadsskyddet för sjukvård respektive läkemedel försämras. Vi är emot detta förslag. Högekostnadsskyddet innebär att man inte behöver betala mer än ett visst totalbelopp för läkemedel och patientavgifter under ett år. När man uppnått maxbeloppet får man ett frikort som ger rätt till kostnadsfri vård under ett år från datumet för det första vårdbesöket. Regeringens förslag innebär att gränsen för högekostnadsskyddet vid besök i sjukvården försämras från 900 kronor till 1 100 kronor per år och för läkemedel från 1 800 kronor till 2 200 kronor per år.

Förslaget presenterades för första gången sent i våras och har remissbehandlats i rekordfart under sommaren. Tydligt är det mycket bråttom att försämra villkoren för de sjuka, även på detta område. Förslaget har sämsta möjliga fördelningsprofil. De som besöker sjukvården ofta och är beroende av många mediciner får betala försämringarna. Den som ganska sällan besöker sjukvården slipper försämringar.

I den grupp som drabbas finns många kroniker och personer med funktionsnedsättningar liksom många äldre och de som varit sjuka länge. Totalt kan försämringen uppgå till 600 kronor per år för den som idag är sjuk och använder högekostnadsskyddet, en inte oväsentlig summa. Socialstyrelsen har också pekat på att försämringen kan bli ett hårt slag för de med lägst inkomster. Man pekar på exemplet att ensamstående med barn redan nu i tre gånger så hög utsträckning som andra avstår från att hämta ut läkemedel av ekonomiska orsaker.

Förslaget till försämringar av högekostnadsskyddet ökar klyftorna i samhället. Om staten eller sjukvården behöver mer pengar bör detta finansieras gemensamt och inte genom att man ensidigt höjer kostnaderna för de mest sjuka. De som använder högekostnadsskyddet är äldre personer samt personer som varit sjuka länge. Det är precis de grupper som de senaste åren kunnat se sin ekonomi försämrats samtidigt som de kunnat se att andra grupper fått det bättre. Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att hälso- och sjukvården ska vara lika för alla och ges på lika villkor. Vi föreslår avslag på regeringens förslag till ändringar i högekostnadsskyddet för vårdavgifter respektive läkemedel (se punkt 2 och 3 i motionens förslag till riksdagsbeslut).

Driftsformer i hälso- och sjukvården

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

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

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

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

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

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Samverkan mellan dessa sjukhus är viktig för hela sjukvårdens infrastruktur. Att bryta ut och avhända sig an-

Fel! Okänt namn på

svaret för sjukhusen riskerar att slå sönder vårdkedjor för patienter och försämra samverkan mellan olika delar i vården. Sjukhusen har en avgörande betydelse för landstingens möjlighet att leva upp till sitt lagstadgade ansvar för vården, vilket gör dem olämpliga att privatisera. Det är landstingen och regionerna som ansvarar för hur sjukvården ska organiseras och det är där de olika politiska alternativen ställs mot varandra. Universitets- och regionsjukhusen har en central betydelse för utbildning och praktik för hälso- och sjukvårdens personal. Vi föreslår att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus. Detta bör regleras i lag.

Översyn av vinst och konkurrens i välfärden

För socialdemokratins del är det viktigt att säkerställa att varje skattekrona används så effektivt som möjligt. Vi vet att den demografiska utvecklingen i vårt land innebär att behovet av insatser inom omsorg och sjukvård kommer att öka kraftigt. Samtidigt som ett fortsatt effektiviseringsarbete kommer att vara nödvändigt menar vi att restriktivitet måste iaktas när det gäller att låta skattemedel försvinna ur privat driven välfärd.

Möjligheterna att följa upp hur skattemedel används är fundamental från demokratiska utgångspunkter. Därför måste det ställas krav på transparens och meddelarfrihet.

Det finns också behov av ett regelverk som säkerställer att en likvärdig kvalitet kan upprätthållas i såväl kommunal som privat verksamhet. Det kan exempelvis handla om hur många timmar lärarledd undervisning en skola måste erbjuda, huruvida elever med behov av stöd får det eller vilka krav på lokaler, måltider etc. som ska uppfyllas.

Att betydande resurser lämnar den offentliga sektorn för att hamna hos aktieägare är inte acceptabelt ur skattebetalarnas synvinkel. Det är därför motiverat att begränsa möjligheterna för företag som utövar verksamhet inom skattefinansierade verksamheter att föra ut stora överskott ur verksamheten. Utformningen av sådana begränsningar bör skyndsamt utredas. Särskilt angeläget är det att se över huruvida riskkapitalbolag är lämpliga som ägare av välfärdsverksamheter.

I ett internationellt perspektiv är det ovanligt att tillåta att vinst tas ut ur skattefinansierad verksamhet. I Danmark, Norge och Finland tillåts inte privata skolor att gå med vinst som delas ut till aktieägare. Bli det vinst ska den gå tillbaka in i skolans verksamhet. I Nederländerna och i Kanada gäller samma sak för såväl sjukvård som skolor – ett överskott ska återinvesteras i verksamheten. I Norge drivs sjukhusen i en särskild associationsform, icke-vinstdrivande bolag.

En utredning om konkurrens och effektiv användning av skatter i välfärden bör ta sin utgångspunkt i bland annat följande:

- ? Likalydande och höga krav på kvalitet ska ställas på privat, kooperativ och kommunal verksamhet.

Fel! Okänt namn på

- ? Det ska vara möjligt för elever, patienter och brukare att ta del av jämförelser som belyser kvalitet, resultat och inriktning av olika verksamheter.
- ? En offentlighetsprincip ska gälla i all skattefinansierad verksamhet. Idag gäller inte offentlighetsprincipen privata huvudmän.
- ? Anställda i skattefinansierad verksamhet ska ha rätt till meddelarfrihet. Idag gäller meddelarfriheten enbart anställda i offentligt driven verksamhet.
- ? Även lex Sarah ska utvidgas till att gälla anställda i all skattefinansierad verksamhet. Reglerna i lex Sarah om att de anställda i äldre- och handikappomsorgen har både rätt och skyldighet att anmäla missförhållanden till socialnämnden gäller idag inte i privata verksamheter, där istället rapportering ska ske till bolaget.
- ? Ett grundläggande krav i skattelagstiftningen bör vara att de koncerner som äger företag inom vård, skola och omsorg inte tillåts att undandra vinster från beskattning genom att tillämpa orimligt höga räntesatser på internlån mellan koncernbolag och dotterbolag.
- ? Fördelningen av skattemedel mellan kommuner ska ske enligt de principer som fastställs i det svenska skatteutjämningsystemet. Det är inte rimligt att en kommuns skattemedel förs över till andra kommuner genom interna transaktioner i vård- och skolkoncerner, på ett sätt som är mer eller mindre osynligt för medborgarna.

En starkare garanti för att skattemedel används i välfärdsverksamheterna bör kunna leda till ökade möjligheter för andra typer av aktörer att få ett större utrymme än idag, när de ofta trängs undan av starka finansintressen. Vi ser gärna att personal- och föräldrakooperativ samt ideella föreningar och stiftelser ökar sitt engagemang inom vård, skola och omsorg. En sådan utveckling kan förhoppningsvis också innebära att den regionala obalansen minskar och valfriheten ökar också utanför de större städerna.

Efter de senaste årtiondenas omfattande reformer på välfärdens område finns det många skäl att se över styrningen av välfärden och vad som kan förbättras.

Det har gjorts förvånande få övergripande utvärderingar av effekterna av de senaste decenniernas omfattande förändringsarbete på välfärdens område. I en forskningsantologi från Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) utgiven i september 2011 (Konkurrensens konsekvenser) dras följande slutsats efter en omfattande genomgång av de senaste decenniernas privatiseringar och konkurrensutsättningar: ”Den främsta slutsatsen är att kunskapsläget inom många områden är anmärkningsvärt begränsat.” Samtidigt konstaterar man följande i rapporten: ”De befintliga forskningsresultaten visar på varken några entydiga effektivitetsvinster eller -förluster i form av lägre offentliga utgifter för välfärdstjänsterna.”

Den privata vården i Sverige domineras av fem stora koncerner, varav tre ägs av riskkapitalbolag. Dessa tre företag har tvister med Skatteverket om flera hundra miljoner kronor. Det är vanligt att riskkapitalbolagen är registrerade utomlands och att ett moderbolag i en vårdkoncern lånar ut pengar till mycket hög ränta till sina dotterbolag. Den höga räntan gör att vinsten blir

Fel! Okänt namn på

minimal i Sverige. Istället redovisas vinsten i länder med betydligt lägre företagsskatter än Sverige.

Med anledning av vårdkoncernernas ägarförhållanden och interna transaktioner är det mycket svårt att få fram tillförlitliga uppgifter om vårdföretagens vinster. Generellt är sektorn mycket lönsam. Enligt SCB låg avkastningen på totalt kapital på 15 procent år 2009 för privata företag inom vård, skola och omsorg. Företagen inom hälso- och sjukvård är allra mest lönsamma – där ligger avkastningen på 16 procent. Detta kan jämföras med 8 procent för alla privata företag i landet.

Två tredjedelar av friskolorna drivs i associationsformer som syftar till att maximera ägarnas ekonomiska nytta. Av de fyra största friskolekoncernerna i Sverige ägs tre av riskkapitalbolag.

Det vi ser idag är en utveckling mot en oligopolmarknad för vård, omsorg och utbildning. Såväl den privat drivna vården som skolan domineras av ett fåtal stora koncerner. Den starka lönsamheten i branschen indikerar att det finns effektivitetsvinster att göra i den offentligt drivna välfärden men visar också att de effektivitetsvinster som görs hos privata huvudmän idag inte kommer brukare eller skattebetalare till del. Det finns alltså all anledning att se över hur skattededlen kan användas på ett bättre sätt, oavsett driftsform.

Organdonation

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

En majoritet av svenska folket har i olika undersökningar svarat ja på frågan om de kan tänka sig att donera organ efter sin död. Många av dem som är positiva har dock inte anmält det till Donationsregistret. Inom sjukvården har olika frågor ställts kring vad som bör gälla vid organdonation och vård av döende patienter. Eventuella förändringar av nuvarande lagstiftning och hantering måste dock föregås av grundliga överväganden. Vi föreslår att regeringen tar initiativ till en översyn av nuvarande regler och hantering och lägger fram förslag om hur fler organ ska kunna doneras. Frågan inrymmer en rad olika etiska överväganden. Ett förslag som bör övervägas för att få fler att ta ställning till organdonation är att göra det möjligt att meddela sin vilja med ett kryss på deklaraionsblanketten. Det bör också undersökas om sjukvården ska kunna få titta i donationsregistret redan innan patienten avlidit för att kunna göra förberedelser för organdonation. Det bör vidare prövas om sjukvården under en kort och begränsad tid ska få fortsätta intensivvården även när hoppet om att rädda patientens liv är ute om det innebär att man kan tillgodose en patients önskan att donera organ.

Hbt-personers hälsa

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

Var femte homosexuell och bisexuell person som är i åldern 16–25 år har utsatts för fysiskt våld av en förälder, partner eller annan närstående vuxen. Det är en dubbelt så stor andel som bland unga heterosexuella.

Ungdomsstyrelsens rapport "Hon, hen, han" från 2010 redovisar att en fjärdedel av de unga homo- och bisexuella kvinnorna någon gång har försökt ta livet av sig. Drygt 40 procent av transpersonerna uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling de senaste tre månaderna. Varannan transperson har övervägt att ta livet av sig. Bland de unga homosexuella och bisexuella är det 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som har blivit bemötta på ett kränkande sätt. Vanligast är att unga hbt-personer utsätts för kränkande behandling i skolan. Många unga homosexuella, bisexuella och transpersoner har lågt förtroende för polisen, skolan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen på grund av att de känner sig diskriminerade i mötet med personalen.

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

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

Hiv/aids

År 2006 antog riksdagen på förslag från den socialdemokratiska regeringen en nationell strategi mot hiv/aids. Målet var att halvera antalet nysmittade i vårt land på tio års sikt. Det är ett fullt realistiskt mål. För att nå målet krävs dock ett intensifierat arbete. Antalet i Sverige nyupptäckta hiv-smittade har ökat de senaste tio åren. Detta är inte förvånande. Informationsinsatser är en

Fel! Okänt namn på

färskvara och behöver förnyas. Samtidigt måste samhället hjälpa och stödja de personer som idag lever i Sverige som hiv-positiva. Dessbättre behöver dagens generation inte vara med om att begrava nära vänner som dött i aids. Men det påverkar säkert också riskmedvetandet och gör det angeläget att samhället går in med olika informationsinsatser. De stora informationsinsatser som gjordes under tidigare årtionden har ingen verkan nu och många ungdomar var inte ens födda när dessa kampanjer genomfördes som mest intensivt. Utvecklingen har påtalats och varit känd för regeringen under flera år. Men uppenbarligen har inte detta lett till insikten att det behövs något initiativ från regeringens sida.

När det gäller det preventiva arbetet mot hiv och andra smittsamma sjukdomar innebär budgetpropositionen inga nya satsningar och inte heller föreslås några nya initiativ. Det kommer inte att vara en hållbar strategi. Könssjukdomarna ökar igen och det finns tecken på att kondomanvändningen har gått ned i bland annat ungdomsgrupperna. Staten måste intensifiera sina insatser när det gäller smittskydd och insatser mot hiv. Ett intensifierat arbete bör bland annat bestå av

- ? särskilda informationsinsatser kring smittskydd och hiv
- ? en översyn av smittskyddslagen
- ? metoder att ge lärarna stöd när det gäller att på ett fördomsfritt och kunskapsbaserat sätt undervisa om sex och samlevnad
- ? insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas verksamhet
- ? sprututbytesprogram.

Läkemedel

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

Samtidigt behöver läkemedelsanvändningen förbättras och effektiviseras på flera områden. Det gäller inte minst läkemedelsförskrivningen till äldre. Mer än 95 procent av de över 75 år konsumerar något receptbelagt läkemedel. Kunskapen om hur olika terapier ska vägas och prioriteras mot varandra vid en genomgång av en multisjuk patients läkemedelsanvändning är idag ofullständig. Dessa patienter kan ha tio olika läkemedel, många ännu fler. Ofta görs ingen samlad bedömning av vilka läkemedel patienten har och hur de påverkar varandra. Det finns därför ett stort behov av ökad kunskap till förskrivare kring hur läkemedel ska värderas och prioriteras för sådana patienter. Av alla äldre som läggs in akut på sjukhus har upp till en femtedel drabbats av biverkningar av läkemedel. Dödligheten i denna patientgrupp är avsevärt större än i andra typer av patientgrupper. Vi menar att det behövs fler läkemedelsgenomgångar och att alla äldre patienter som behöver det bör få till-

gång till en läkare med ett helhetsansvar för den medicinska behandlingen och läkemedlen. Personal i vård och omsorg bör få regelbunden utbildning och fortbildning i effektiv och säker läkemedelshantering. Vi föreslår ett nationellt initiativ för läkemedelssäkerhet för att kartlägga omfattningen av och orsakerna till felaktig läkemedelsanvändning. Vi har också flera gånger föreslagit en så kallad lex Gulli med anmälningsskyldighet vid misstanke om läkemedelsvanvård; även anhöriga ska kunna anmäla. Varje kommun borde ha ett särskilt system för säkerhet och kvalitet i sin läkemedelshantering för äldre. Det behövs också en bättre rapportering och information om läkemedelsanvändning till och för allmänheten. Ett förslag skulle kunna vara att inrätta en jour- eller upplysningslinje dit allmänheten kan ringa när de vill diskutera eller är oroliga för sin egen eller en anhörigs läkemedelsanvändning. Det behövs också en verksamhet som utifrån ett brukarperspektiv kan bygga upp en organisation för råd, stöd och biverkningsrapportering.

Apoteksmarknaden

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

Riksdagens beslut 2009 innebar att Apoteket AB:s ensamrätt på försäljning av läkemedel till konsumenter avskaffades. Beslutet motiverades bland annat med behovet av ökad tillgänglighet för konsumenterna, men det fanns även starka ideologiska inslag i argumentationen.

Den av staten fastställda handelsmarginalen för apoteken höjdes i samband med avregleringen för att stimulera nya apotekskedjor att etablera sig. Därmed fick samhället ta på sig ökade kostnader för apoteksservicen.

Sedan avregleringen har över 600 av de 900 apoteken sålts. Inga apotek, inte heller det som är kvar av det statligt ägda Apoteket AB, har numera något specifikt samhällsansvar. Genom en tillfällig lösning ska apotek i glesbygd och apoteksombud säkerställas till 2013. Efter denna period finns en stor risk att olönsamma apotek avvecklas. En annan fråga som väckt diskussion är hur den så kallade 24-timmarsregeln, det vill säga att kunden ska kunna få sitt läkemedel inom 24 timmar, ska kunna garanteras på den avreglerade marknaden, där möjligheterna att hänvisa till ett annat apotek är starkt begränsade. Vi menar att tillsynen behöver skärpas och att möjligheter till ekonomiska sanktioner införs för att värna 24-timmarsregeln. Sanktionerna ska kunna

Fel! Okänt namn på

riktas antingen mot apoteksledet eller mot distributionsledet beroende på var ansvaret ligger. Vi vill också se en ny lagstiftning om ett gemensamt läkemedelsregister som gör det möjligt för den enskilda konsumenten att få reda på var medicinen finns oberoende av apotekskedja.

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

Det är nu mycket viktigt att en genomgripande analys av apotekens handelsmarginal genomförs så att den framtida tillgängligheten varken blir för hög eller för låg i förhållande till konsumentnyttan. I det sammanhanget bör även behovet och utformningen av en förutsägbar och kostnadseffektiv lösning för apotekstäckningen i glesbygd analyseras.

Antibiotikaresistens

Konsumtionen av antibiotika fortsätter att öka i världen. Problemet med antibiotikaresistens är nu så stort globalt att det måste placeras på samma nivå som en rad av de stora sjukdomar som varje år skördar miljontals liv. Det är en felaktig och överdriven användning av antibiotika som lett fram till att allt fler bakterier blir motståndskraftiga mot läkemedlet och inte kan behandlas.

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

Sverige har stora förutsättningar att driva antibiotikafrågan. I Sverige råder en relativt sett gynnsam situation då förekomsten av antibiotikaresistens i ett internationellt perspektiv är låg. Men problemen i Sverige växer och situationen har under senare år blivit mer bekymmersam. Under 2010 har antalet nya fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) fortsatt att öka från 1 480 till 1 585, vilket är en ökning med sju procent. Ökningen gäller främst personer som infekterats utanför hälso- och sjukvården, antingen i Sverige eller utomlands.

Den socialdemokratiska regeringen presenterade redan 2005 en nationell strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Syftet med strategin var att bevara möjligheten att effektivt be-

handla bakteriella infektioner hos människor och djur med antibiotika. Under 2011 har Socialstyrelsen presenterat en utredning om hur arbetet kan utvecklas ytterligare. Vi föreslår att regeringen genomför förslagen i Socialstyrelsens rapport; *Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner*. I rapporten föreslår man bland annat att det ska inrättas en nationell samverkansfunktion som inkluderar relevanta aktörer inom alla samhällssektorer, att en nationell handlingsplan och kommunikationsstrategi ska utvecklas, att övervakningen av antibiotikaresistensen ska förstärkas samt att satsningen på preventiva åtgärder för att förebygga uppkomst av infektioner och smittspridning ska fortsätta.

Psykiatri

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

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

Det finns stora brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning. Detta är inget nytt problem. Vi står inför stora utmaningar för att systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med kroppslig vård och kroppsliga funktionsnedsättningar. Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdets organisation och resursbehov. Utredningen presenterade sina förslag strax efter valet 2006. Den borgerliga regeringen väntade till budgeten 2009 med att anslå några pengar. När det väl anslogs pengar så var det tidsbegränsade mål och satsningar som inte kombinerades med en proposition som stakar ut psykiatriens utveckling på längre sikt. Den psykiatriska vårdens problem är omfat-

Fel! Okänt namn på

tande och komplexa och kan inte lösas genom tidsbegränsade satsningar och mål.

Vi socialdemokrater anser att det behövs en långsiktig och uthållig satsning i hela samhället för att skapa förutsättningar för god vård och ett gott liv för den som drabbas av eller lever med en psykisk sjukdom. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatrins uppdrag och hur den ska utvecklas. Vi föreslår att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas.

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

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

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

Fel! Okänt namn på

för barn och ungdomar med problem (samverkan mellan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagning). Lösningarna kan anpassas efter lokala förhållanden och se olika ut i olika kommuner men det bör finnas dels en väg in i systemet, dels tydlighet i fråga om vad varje aktör i systemet ansvarar för och hur samverkan, samordning och uppföljning ska gå till.

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

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

Specialistpsykiatrin kommer aldrig att kunna hantera alla behov av psykiatriskt stöd som finns. Många som lider av psykisk ohälsa skulle kunna få hjälp om primärvården hade kompetens och resurser att behandla mindre svåra depressioner, ångesttillstånd, ätstörningar och liknande. Vi vill systematiskt bygga upp kompetensen i fråga om psykisk ohälsa i primärvården. Den som själv är eller har varit sjuk och föremål för psykiatrisk vård har stor kunskap att bidra med för att utveckla vården. Brukar- och patientorganisationerna har en viktig roll i detta. Vi vill stärka deras roll i utvecklandet av vården. Vårdutbudet räcker idag inte till för de stora behoven. Sverige har minst antal vårdplatser inom psykiatrin i hela Norden (48 platser per 100 000 invånare). Det finns patienter som behöver slutenvård men som idag inte får det eller skrivs ut för tidigt. Vi vill därför att antalet slutenvårdsplatser i ett längre perspektiv ses över och därtill vill vi uppmuntra en ny mellanform – så kallade ”sviktplatser” där man kan få hjälp och stöd under kortare perioder. I Norge och Danmark har man lyckats bra med att utveckla mellanvårdsformer och deras erfarenheter bör tas till vara i det svenska utvecklingsarbetet.

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

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

Personer med psykiskt funktionshinder är svagt representerade på arbetsmarknaden. OSA-platser behöver vikas direkt till personer med psykiska

Fel! Okänt namn på

funktionshinder och det behövs trygghetsanställningar för personer med allvarligare psykiska funktionshinder.

Tandvård

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

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

Tandvårdsförsäkringen förändrades den 1 juli 2008 då skyddet mot höga kostnader förstärktes jämfört med tidigare. Den tandvårdsreform som infördes var dock otillräcklig. Det förbättrade skyddet mot höga kostnader är viktigt och riktigt, men det räcker inte för att åstadkomma en god tandhälsa hos befolkningen. Reformen saknar satsningar på den grundläggande tandvård som omfattar alla. Det medför att såväl patienternas som samhällets kostnader för tandvård riskerar att öka ytterligare i framtiden. De flesta patienter har inte fått billigare tandvård efter tandvårdsreformen. Det är av yttersta vikt att tandvårdsförsäkringen utformas så att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården och åtgärda tandvårdsproblem i tid. En viktig insats för att säkra framtida tandhälsa och förebygga framtida kostnader är målsättningen att på sikt förlänga den avgiftsfria tandvården.

Folkhälsa

Risken för förtida död, före 65 års ålder, är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning för både kvinnor och män. Det är stora skillnader i förtida död för samtliga stora dödsorsaker: hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen.

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

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

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

På uppdrag av WHO presenterade Marmotkommissionen år 2008 en rapport, kallad "Closing the gap", som studerat fördelningen av den globala hälsan i världen. Uppmaningen till världens länder var att genast påbörja ett omställningsarbete för att minska sociala orättvisor och öka befolkningens hälsa. Den svenska regeringen gav endast Statens folkhälsoinstitut ett allmänt uppdrag att ta lärdom och intryck av kommissionens arbete. Ur ett nordiskt perspektiv så har vi i Sverige inte ens påbörjat vår resa i att analysera vilka grupper som har störst ohälsa och vad som ska göras för dem i syfte att förbättra folkhälsan. Övriga nordiska länder redovisade på den nordiska folkhälsokonferensen i Åbo under augusti månad 2011 ett antal initiativ och insatser. För Sveriges del fanns inget annat än ett antal enkla beskrivningar om huruvida vi påverkas eller inte. Detta är genant då vi i Sverige har en grundlagd erfarenhet av att med hjälp av politisk styrning utveckla samhället så att bästa möjliga hälsa ges till alla. Andra länder och städer har dock visat sig vara betydligt mer offensiva i frågan. I England tillsattes en kommission motsvarande WHO:s Marmotkommission, kallad Fair Society, Healthy Lives. I Malmö stad har den socialdemokratiskt ledda majoriteten tillsatt en kommission med forskare, politiker och andra experter för att identifiera skillnader i hälsa mellan olika stadsdelar samt presentera lösningar på hur hälsoklyftorna kan minska.

Nu borde det vara dags för Sverige som nation att göra detsamma. Vi föreslår att regeringen tillsätter en kommission för jämlik hälsa. Uppdraget ska vara att identifiera oacceptabla förhållanden som leder fram till skillnader i befolkningens hälsa samt att ta fram förslag på hur vi kan minska hälsoklyf-

Fel! Okänt namn på

torna. Uppdragets omfattning ska vara brett. Det kan handla om att studera ojämlika förhållanden i vården som leder till kortare livslängd beroende på var i landet man bor. Men det kan också handla om att granska den ekonomiska politiken och hur den påverkar människors livschanser och möjligheten till en bättre hälsa. Kommissionen bör ha en bred sammansättning och bestå av exempelvis förtroendevalda, forskare och representanter för vården och näringslivet.

Information till medborgarna av allmän karaktär har sin plats i folkhälsoarbetet, men samhället måste ta ett större och mer konkret ansvar för folkhälsan. En effektiv folkhälsopolitik måste direkt och konkret rikta sig till de grupper som har de svåraste folkhälsoproblemen och kombineras med en politik för utjämning av ekonomiska och sociala klyftor i samhället.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller individuellt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Vi vill ha ett tydligt ansvar med visioner för hälso- och sjukvården i arbetet med förbättrad folkhälsa. För att arbetet i större utsträckning ska utgå från befintlig kunskap och evidens på området bör nationella riktlinjer utarbetas inom detta område. Vårdpersonalen ska ha tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an livsstilsproblem såsom övervikt, rökning, missbruk eller brist på motion. Hälso- och sjukvårdens olika ersättningssystem bör premiera framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Varje vardagskontakt mellan vårdgivare och medborgare är en möjlighet till mobilisering av individens egen kraft i behandlingsarbetet eller ett tillfälle att stödja och stärka en individ i förebyggande livsstilsförändring. Studier visar också att vårdpersonalens engagemang och påverkan ger effekt. Dessa möten ger möjlighet till främjande och förebyggande insatser på individuell nivå men ger också samlad kunskap om befolkningens hälsa. Under några år har fysisk aktivitet på recept testats med framgång i primärvården. Det innebär att patienten istället för läkemedel ordinerar fysisk aktivitet och exempelvis får kostnader för motion subventionerade. Intresset för att använda fysisk aktivitet på recept växer. Vi vill att fysisk aktivitet på recept ska vara ett naturligt inslag i hälso- och sjukvården.

Idrotten bidrar till folkhälsa, demokrati och integration för människor i alla åldrar i hela Sverige. När vi säger idrott för alla, på lika villkor menar vi givetvis även barn och ungdomar med särskilda behov och oberoende av kön, bakgrund och etnicitet. Det är viktigt att det utvecklas ett större utbud av idrotts- och motionsaktiviteter som vänder sig till de grupper som i liten utsträckning deltar i det utbud som finns idag. Det är inte minst en folkhälsofråga, ett centralt perspektiv i varje diskussion om idrott.

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

sam kost och motion är stor även bland äldre och kan motverka depressioner och förebygga fallolyckor och frakturer.

Tobak

I takt med att färre röker har dödsfallen på grund av rökning minskat. Men fortfarande dör cirka 6 400 personer varje år av rökning. Det är fler liv än trafikolyckor, hiv/aids, narkotika och självmord skördar tillsammans.

Det är aldrig för sent att sluta röka. Cancerrisken minskar allt eftersom tiden går efter rökstoppet. Tio–femton år efter man slutat har man samma cancerrisk som den som aldrig rökt.

Varje brinnande cigarett är en liten kemisk fabrik som producerar 4 000 olika ämnen. Många av dessa har kända skadeeffekter på människokroppen. Ett 40-tal kan orsaka cancer. Den som röker andas själv in en fjärdedel av röken. Resten sprids och gör personer i omgivningen till passiva rökare. Passiv rökning under en längre period innebär samma hälsorisker som för rökaren. Fler personer i Sverige dör av passiv rökning än av trafikolyckor. Cirka 200 dödsfall beräknas varje år bero på passiv rökning.

Sambandet mellan rökning och lungcancer känner de flesta till. Men risken ökar också för andra cancerformer som cancer i strupen och munhålan, urinblåsan, njurarna, magsäcken, livmodern, livmoderhalsen och bukspottkörteln.

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

Tobakens skadeverkningar på hälsan är stora och mycket väl dokumenterade. I Sverige är cirka en miljon personer dagligrökare (13 procent av kvinnorna och 11 procent av männen). Hälften av alla rökare beräknas dö till följd av sin rökning. De förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Varje år orsakar rökning cirka 10 000 cancerfall i Sverige, vilket är ungefär 25 procent av alla cancerfall. Att inte röka är därför det bästa sättet att förebygga cancer. Riskerna för flera andra sjukdomar är också mindre hos den som inte röker. I takt med att färre röker har dödsfallen på grund av rökning minskat. Men fortfarande dör alltså cirka 6 400 personer varje år av rökning. Andelen rökare är ojämnt fördelad i befolkningen. Att få människor att avstå från tobak är en stor hälsovinst både för individen och för samhället. Det är aldrig för sent att sluta röka. Cancerrisken minskar för varje år efter rökstoppet. Tio till femton år efter att man slutat röka har man samma cancerrisk som den som aldrig rökt. En annan stor hälsorisk med rökning är risken att utveckla KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL är en snabbt ökande sjukdom i vårt land och en av de vanligaste dödsorsakerna. KOL orsakas av tobaksrökning och leder till andningssvårigheter och problem att klara det

Fel! Okänt namn på

dagliga livet. Eftersom lungornas kapacitet försämras kraftigt klarar sig många inte utan syrgas. KOL är en sjukdom som ökar snabbt och som kommer att fortsätta att öka framöver. Det kommer att dröja många år innan det minskade antalet rökare resulterar i färre insjuknande.

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

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

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

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

Arbetet mot tobak behöver intensifieras. Det innebär bl.a. att nya steg behöver tas för att få fler miljöer och sammanhang där man inte röker. Ett viktigt arbete och område gäller "rökfri arbetstid" där utvecklingen gått snabbt de senaste åren. Allt fler kommuner har bestämt att arbetstiden ska vara helt rökfri. Grundregeln för rökfri, eller tobaksfri, arbetstid är att alla medarbetare omfattas och att rökning/snusning inte får ske på betald arbetstid. Det tillåts endast på den obetalda lunchrasten. En stor majoritet av de anställda tycker att det är bra; andra känner sig förföljda och ser sin integritet kränkt. Få inser

den fulla potentialen av införandet av en rökfri arbetstid. Rökningens kostnader är stora för individ och samhälle. Sjukskrivning i rökrelaterad sjukdom kostar årligen 18 miljarder kronor. Tre av fyra rökare vill sluta röka. De tre har stor nytta av en stödjande arbetsmiljö med en rökfri policy och avvänjningsstöd. Arbetsgivaren har här sin allra största möjlighet att främja de anställdas hälsa. Men det kräver att arbetsgivaren inte bara fattar ett policybeslut utan också tänker på vilka åtgärder som behövs för att hjälpa människor att sluta röka.

En annan åtgärd som varit framgångsrik internationellt är information i bildform på cigarettpaketet som varnar för tobaksrökningens hälsokonsekvenser. Storbritannien införde olika varningsbilder på cigarettpaketet 2008. Bland annat visas en hjärtoperation och hur en tobaksskadad lunga kan se ut. Både forskning och erfarenhet visar att sådana varningar är ännu mer effektiva än textbudskap när det gäller att få rökare att sluta och icke-rökare att förbli rökfria. Kanada var år 2000 först i världen med att införa varningsbilder. I Europa har förutom Storbritannien bland annat Belgien, Rumänien, Schweiz och Finland följt efter. EU har rekommenderat sina medlemsstater att införa varningsbilder på cigarettpaketet och har skapat ett gemensamt bildbibliotek med ett stort antal bilder som länderna kan välja mellan. EU väntas under 2012 komma med ett nytt och skarpare tobaksdirektiv. I en remissrunda förra året inkom önskemål om bland annat obligatoriska bildvarningar. Sverige bör agera mer offensivt i denna fråga. Vi föreslår att riksdagen uppmanar regeringen att återkomma med ett förslag om obligatoriska bildvarningar.

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

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

Fel! Okänt namn på

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

Det tobakspreventiva arbetet bland barn och unga bör inte isoleras från annat samhällsarbete mot tobak. Barn, tonåringar och vuxna lever tillsammans och påverkar varandra i vardagen. Insatser riktade till unga gör mindre nytta om man inte samtidigt arbetar med vuxnas attityder och normer. Det bör prövas om det är möjligt att sätta ett nationellt mål om ett tobaksfritt Sverige 2030. Med en helhetssyn ökar möjligheterna att minska tobaksanvändningen i alla åldersgrupper och därmed skadeverkningarna i form av sjukdom och för tidig död. För att nå resultat krävs en översyn och framtagande av förslag som kan prövas på områdena informationsinsatser, utbildning, avvänjningshjälp, aktiv prispolitik, neutrala tobaksförpackningar eller varningsbilder på tobaksförpackningarna, dold försäljning i handeln och fler rökfria miljöer. Det behövs ett sammanhållet grepp i tobaksfrågan och vi föreslår att regeringen återkommer till riksdagen med ett samlat åtgärds paket för att minska tobaksbruket. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Alkohol och narkotika

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

Fel! Okänt namn på

förebyggande arbetet gav resultat. Under 2000-talet avstannade ökningen av alkoholkonsumtionen bland ungdomar, och vi kunde till och med se en minskning av konsumtionen. Andelen ungdomar som uppgav att de provat narkotika sjönk också.

Den borgerliga regering som tillträdde 2006 lade ner Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika. Vi tycker att det var ett felaktigt vägval. Specialiseringen ledde till ökad kraft i det förebyggande arbetet. Uppgifterna överfördes till flera olika myndigheter, ett särskilt sekretariat bildades i Regeringskansliet och olika departementsarbetsgrupper inrättades där Socialdepartementet samordnar arbetet. Vi anser att den arbetsmodellen, som befästes i den nyligen antagna nationella strategin för ANDT, har lett till att arbetet blivit otydligare och tappat i fokus, tempo och kraft. Det saknas nationella initiativ och ett kraftfullt utåtriktat perspektiv i arbetet.

När det gäller inriktningen på arbetet mot droger bör de förebyggande insatserna stödjas av en restriktiv alkoholpolitik och en tydlig narkotikalagstiftning. För att en restriktiv alkoholpolitik ska bli effektiv är det viktigt att detaljhandelsmonopolet försvaras, att en effektiv ålderskontroll sker vid försäljning och servering av alkohol, att alkohollangning beivras, att svensk alkoholskatt betalas vid näthandel och att Sverige fortsätter att arbeta för höjda minimiskatter på alkohol inom EU samt minskade införselkvoter på alkohol. Vidare bör möjligheterna att införa varningstexter på alkoholförpackningar prövas. Vi föreslår också att regeringen prövar nya vägar, exempelvis de nya folkhälsoartiklarna i Lissabonfördraget, för att hävda ett effektivt förbud mot alkoholreklam i Sverige och i hela EU. Det är också viktigt att prövning av serveringstillstånd ses som en social fråga i kommunerna och inte bara ses som en näringslivsfråga. En annan fråga som måste lösas är folkölsförsäljningen, där vi föreslår licensplikt för att komma åt den bristande ålderskontrollen.

Den borgerliga regeringen drev under våren 2008 igenom att privatpersoner ska kunna föra in alkoholdrycker i Sverige också för andra personers räkning. Vi anser att beslutet var felaktigt och föreslår att beslutet omprövas. Beslutet 2008 var en helt onödig EU-anpassning som försvagade den restriktiva alkoholpolitiken. Det pågår en successiv utveckling mot ökad tillgänglighet. Det finns en rad privata företag som tar emot beställningar och kör hem alkohol till privatpersoner. Även Systembolaget vill införa hemkörning. Frågan ska utredas men vi är tveksamma till förslaget. Utvecklingen mot ökad tillgänglighet måste diskuteras i ett helhetsperspektiv. Varje steg i sig har en motivering men den sammanlagda effekten är negativ ur samhälls- synpunkt.

Den borgerliga regeringen har under flera år förberett ett införande av så kallad gårdsförsäljning, där egentillverkade alkoholdrycker från gårdar skulle få säljas direkt till besökare. Två statliga utredningar kom dock fram till att det skulle bryta mot det svenska detaljhandelsmonopolet och EU-rätten att låta vissa, men inte alla, tillverkare sälja alkohol direkt till kunder vid sidan av Systembolaget. Istället föreslår regeringens särskilda utredare en lösning som absolut inte motsvarar den bild vi alla har av gårdsförsäljning och som i praktiken innebär att vem som helst kan öppna en alkoholbutik var som helst.

Fel! Okänt namn på

För det första finns det inget krav på att försäljningsstället ska ligga på en gård på landet; det kan ligga till exempel mitt i en stad eller i ett köpcentrum. För det andra föreslås det att även utländska tillverkare av vin, sprit eller starköl ska få sälja sina produkter i egna affärer i Sverige. För det tredje föreslås det att man i butiken inte bara ska få sälja drycker som tillverkas av det egna företaget, utan också andra drycker av samma typ. Försäljningen ska ske i samband med en ”upplevelse” av något slag och inköpsmängden föreslås vara begränsad. Men det betyder att alla som kan anställa en guide eller bygga upp en utställning och ta ut en liten entréavgift kan utmana Systembolagets detaljhandelsmonopol med egna alkoholbutiker. Med största sannolikhet skulle detta leda till att hela konstruktionen med Systembolaget ifrågasätts av EU, vilket två av utredningens experter samt Justitiekanslern påpekat. Justitiekanslern skriver att det finns en ”påtaglig risk” för att det statliga detaljhandelsmonopolet inte längre skulle anses vara förenligt med EU:s regler om förslaget genomförs.

Vad utredaren har föreslagit är inget annat än en frivillig nedmontering av Systembolagets detaljhandelsmonopol. Det kan vi aldrig acceptera. Vi menar att det är synnerligen vilseledande att man överhuvudtaget kallar förslaget för ”gårdsförsäljning”. Regeringen bör omedelbart avbryta handläggningen av ärendet och konstatera att det inte är möjligt att införa gårdsförsäljning/spritbutiker utan att bryta mot detaljhandelsmonopolet. Om regeringen skulle lägga fram ett förslag om gårdsförsäljning/spritbutiker skulle grunderna för den nuvarande alkoholpolitiken raseras.

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

Riksrevisionens kritik bör beaktas. Lokalt förebyggande arbete är oerhört värdefullt och bör stödjas även i fortsättningen men samhället måste bli bättre på att koordinera sina insatser, involvera föreningsliv och andra ideella krafter och nå de unga som befinner sig i riskzonen. Alkoholkonsumtionen är en central faktor när det gäller sociala problem och våld bland ungdomar. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Både svensk och utländsk forskning visar på tydliga samband mellan ökat alkoholdrickande och ökad våldsbrottslighet. Vi föreslår att regeringen får i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för minskat alkoholbruk bland ungdomar. Vid utarbetandet av en handlingsplan bör behovet av förändringar i lagstiftningen prövas samtidigt som det utarbetas förslag när det gäller arbete med attityder.

Vi anser att reglerna för folkölsförsäljning bör skärpas genom licensplikt och att kraftfulla åtgärder bör vidtas för att minska langningen av alkohol till unga. En skärpning av lagen om langning bör övervägas och polisens möjligheter till bekämpning av alkoholbrott ses över. På de platser i landet där poli-

Fel! Okänt namn på

sen har arbetat målmedvetet mot langning av alkohol till unga har ungdomsvåldet minskat. Storskalig alkohollangning till unga är ett av få områden där straffskärpningar kan förväntas ge positiva resultat. Ungefär en tredjedel av all alkohol som förs in i landet säljs vidare. En stor del går till ungdomar. En viktig beståndsdel i arbetet för att minska ungdomars drickande är föräldrarnas attityder. Det finns idag flera vetenskapligt utvärderade föräldrastödsprogram. Ett sådant exempel är Örebro preventionsprogram (ÖPP) som syftar till att påverka föräldrars förhållningssätt till ungdomars drickande och hur man som föräldrar kan agera för att förhindra t.ex. en tidig alkoholdebut och berusningsdrickande bland ungdomar. Vetenskapligt utvärderade föräldrastödsprogram bör spridas och implementeras i samtliga kommuner.

Vi anser att alkoholskatten ska höjas 2012 och har i vår partimotion om budgeten lagt fram ett sådant förslag. Regeringen har själv argumenterat för detta i vårpropositionen 2011 men har inte lagt fram förslaget i budgeten för 2012. Det är olyckligt och några egentliga argument emot en höjning har inte framförts av regeringen. Det finns ett tydligt samband mellan pris och konsumtion och därför är alkoholskatten ett viktigt alkoholpolitiskt verktyg.

Alkohol ligger bakom många olyckor i trafiken. Rattfylleriet är skuld till var fjärde dödsolycka i trafiken. Alkolås är ett effektivt sätt att förhindra att man kör alkoholpåverkad. Redan 2004 tillsatte den dåvarande socialdemokratiska regeringen en utredning med uppgiften att utreda möjligheterna att införa alkolås senast år 2012. Utredningen konstaterade att ett system med alkolås i alla bilar skulle kunna rädda omkring 100 liv per år och att samhällets kostnader för trafikolyckor skulle minska med närmare 6 miljarder kronor per år. Vi anser att regeringen borde driva alkolåsfrågan betydligt mer aktivt, inte minst i EU-sammanhang. Vi vill att alkolås ska införas i bussar och lastbilar i yrkesmässig trafik inom EU och sedan följas av alkolås i personbilar. Om arbetet i EU drar ut på tiden ska Sverige ansöka om ett tillfälligt undantag för att få införa dessa regler i förtid. På så vis påskyndar vi utvecklingen mot en EU-gemensam lagstiftning. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

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

Fel! Okänt namn på

klara sig undan ansvar för rattfylleri genom att skylla på att man förtärt alkohol i efterhand.

Narkotikapolitiken får inte reduceras till en fråga om straffskalor utan är i allra högsta grad en social fråga. Missbruket av narkotika leder till stort lidande för missbrukaren och dennes omgivning. Ett narkotikamissbruk är i många fall förknippat med kriminalitet, svår sjuklighet och hög dödsrisk. Narkotikapolitiken måste bygga på ambitionen om generell välfärd. Vi ställer oss bakom visionen om ett narkotikafritt samhälle. För att nå dit måste vi ha en politik som inkluderar förebyggande arbete, behandling, brottsbekämpning och forskning. Regeringen har lagt ned den narkotikapolitiska samordningen Mobilisering mot narkotika som arbetade med både utredning och konkreta insatser under sex års tid.

Sverige är ett av de mest framgångsrika länderna när det gäller förebyggande arbete och bruket av narkotika har minskat något. Men de som ändå använder narkotika gör det ofta mer intensivt och destruktivt än tidigare. Det är ofta ungdomar med ett tungt socialt bagage. En undersökning gjord på Maria Ungdom i Stockholm för några år sedan visade att åtta av tio flickor som tas in för ringa narkotikabrott har en psykiatrisk diagnos. Sju av tio pojkar har ett brottsligt förflutet. Även om siffrorna kan variera mellan olika undersökningar står det helt klart att många ungdomar som använder narkotika mår mycket dåligt. Insatser måste sättas in tidigt om de ska bli effektiva. I det förebyggande arbetet måste narkotikapolitiken kombineras med en solidarisk socialpolitik som angriper orsakerna till missbruket. Regeringens inriktning på att ta fram utbildningsmaterial och information om missbruk och andra folkhälsoproblem är säkert användbart för redan fungerande familjer men når och påverkar i alltför liten omfattning de familjer som har de största problemen och som behöver det verkliga stödet.

Dopning är ett ganska nytt men växande problem. De beslag av dopningsmedel som tull och polis gör ökar varje år liksom tillgängligheten på nätet. Det finns inte någon kvalitetskontroll av vad som säljs på nätet. Illegalt tillverkade produkter med felaktigt deklarerat eller kontaminerat (förorenat) innehåll är mycket vanligt. På nätet finns en uppsjö av odokumenterad och ovetenskaplig information kring olika preparat. Användningen av dopningsmedel kan leda till allvarliga fysiska, psykiska och sociala problem. Det finns ett samband mellan ökad aggressivitet, våldbenägenhet och dopningsmissbruk och då det även är väl känt att missbruk av dopningsmedel förekommer i kriminella kretsar måste man se allvarligt på missbruk av dopningsmedel. Samhället kommer att behöva göra kraftfulla insatser framöver för att kunna bedriva ett långsiktigt och tvärsektorielt arbete för att minska användningen av dopningsmedel. Skärpta straffsatser är en väg att gå men kan inte vara det enda verktyget för att minska dopningen. Dopning är inte bara idrottsrelaterat utan är kanske ett långt större problem utanför idrotten. De preparat som i första hand används är anabola androgena steroider. Dopningsjourens verksamhet spelar en viktig roll.

Missbruksvården

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

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

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

Den svenska missbruksvården behöver bli mer kunskapsbaserad. Kvaliteten varierar i dag alldeles för mycket. Vi måste vara säkra på att pengarna används rätt. Det gynnar både skattebetalarna och de som behöver vård. Kunskaper om bra behandlingsmetoder kan användas som underlag för en nation-

Fel! Okänt namn på

ell standard. Missbruksutredningen är inne på rätt väg när man föreslår krav på auktorisering för behandlingshem samt utveckling av kvalitetsregister för att kunna följa upp vårdens kvalitet. Personalens kompetens kan utvecklas ytterligare genom kontinuerlig fortbildning av befintlig personal samt fortbildning och vidareutveckling av grundutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

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

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

Den sociala barn- och ungdomsvården

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

grund av egna problem med alkohol eller narkotika eller psykiska problem, men det kan också handla om barns och ungas egna problem.

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

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

Enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen bör alla kommuner ha en socialjour. För barnets bästa och skydd bör socialjouren finnas tillgänglig dygnet runt och socionomutbildad personal bör göra en första bedömning. Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2010 visar att möjligheten för barn och unga att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour helt saknas i drygt 30 procent av kommunerna. Utökat samarbete mellan kommuner när det gäller jourverksamhet kan vara en väg att gå för att åtgärda dessa brister.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens insatser för barn och unga 2010 visar att endast varannan kommun har en plan för handläggarnas kompetensutveckling och var tredje kommun en plan för kompetensutveckling av familjehem. I de fall nämnden har fattat beslut om vård av barn och unga utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården. Denna skyldighet innefattar bland annat regelbundna personliga besök i det hem där den unge vistas och samtal med den eller dem som har tagit emot den unge i sitt hem. Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör utbildning och handledning ges till anlitade familjehem individuellt eller i grupp. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och de bör även kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

Ett område där det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete är HVB-hemmen (hem för vård och boende). Omsorgsbrist i det egna hemmet är vanligaste orsaken till placering före tonåren och placering i HVB-hem är en åtgärd som då blir aktuell. För tonåringar är orsaken till boende på HVB-hem beteendeproblem som missbruk och kriminalitet, där föräldrarna inte kan lösa situationen. Som en del av regeringsuppdraget om förstärkt tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården 2006–2008 genomförde Socialstyrelsen en stor granskning som visade på stora brister i HVB-verksamheten. De barn som är

Fel! Okänt namn på

placerade i HVB-hem befinner sig ofta i en krissituation. HVB-hemmen är en sårbar verksamhet. Kvaliteten kan snabbt ändras beroende på personalsituationen och vilka vårdtagare som är där. Den stora granskningen 2006–2008 visade att HVB-hemmen bland annat måste förbättra barnens möjligheter att bli hörda och delaktiga utifrån ålder och mognad när det gäller hur behandlingen planeras och genomförs. HVB-hemmen måste också förbättra säkerheten genom att ta fram rutiner när det gäller att förebygga och förhindra att barnen under placeringen utsätts för sexuella övergrepp eller själva begår sådana. En anledning till att problem uppstår är att ungdomar med högriskbeteende blandas med ungdomar med lågriskbeteende. Vidare måste det säkras att alla skolpliktiga barn som är placerade i HVB-hem har tillgång till och deltar i skolundervisning utifrån barnens egna förutsättningar. Psykiatrisk vård av ungdomar som är placerade på särskilda ungdomshem eller i HVB-hem är en annan fråga där huvudmännens ansvarsgränser ställts på sin spets under senare år. Det har visat sig finnas oklarheter om vilket ansvar landstinget har och i praktiken också den specialiserade psykiatrin. Detta har fått till följd att de barn och ungdomar som har de allra största behoven av psykiatrisk vård i vissa fall har sämst förutsättningar att få dem tillgodosedda. Intrycket från 2010 års inspektioner är att kvaliteten och säkerheten generellt sett förbättrats något sedan den tidigare tillsynen. Verksamheterna har i dag bättre kunskap än tidigare om vilka krav som ska uppfyllas och brister har i stor utsträckning åtgärdats. Socialstyrelsen konstaterar dock att fortsatta förbättringar behöver göras och har begärt att 37 procent av verksamheterna ska åtgärda brister som uppmärksammats inom området säkerhet och delaktighet.

Utvecklingen med ett stort antal ungdomar som är omhändertagna måste mötas med att man erbjuder insatser av högsta kvalitet med tillgång till den bästa sociala och psykiatriska kompetensen i samhället. Vi anser att detta är ett så allvarligt problem som så länge skapat konflikter och frustration att kommuner och landsting måste vidta konkreta åtgärder för att finna lämpliga lösningar. Socialstyrelsen måste också ha tillräckliga möjligheter att utöva tillsyn enligt de mål som finns. Tillsynen har de senaste åren inte kunnat ske med full kraft. Alla HVB-hem ska numera tillsynas minst två gånger per år. En inspektion ska ske oanmält. Under 2010 genomförde Socialstyrelsen endast hälften av det uppsatta målet, sammanlagt 582 inspektioner av totalt 549 HVB-hem, varav 171 oanmälda. Socialstyrelsen har det senaste året hamnat i en omöjlig situation då man övertagit tillsynsuppgifter från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Hsan) och länsstyrelserna utan att få tillräckliga personella resurser och ekonomiska medel för att klara verksamheten. Detta har skadat hela tillsynsverksamheten och regeringen har reagerat mycket sent på detta, vilket har varit till men för hela tillsynsverksamheten.

En utsatt grupp är de ungdomar som vårdas på ungdomshem. Statens institutionsstyrelse (Sis) driver de särskilda ungdomshemmen för en liten grupp ungdomar med allvarliga problem som vårdas mot sin vilja. Verksamheten är ofta ifrågasatt i media men är oerhört viktig och en nödvändig del av vårdssystemet. Utagerande beteende, våld, kriminalitet och missbruk är vanliga orsaker till placeringen. Tidigare insatser från socialtjänsten har varit otillräckliga. Det är bara på Sis särskilda ungdomshem som ungdomar kan låsas in och

hållas kvar med tvång. Sis har även andra särskilda befogenheter för att kunna genomföra vården eller för att skydda den enskilde, andra ungdomar eller personal, till exempel avskiljning och vård i enskildhet. Under 2010 vårdades 1 512 ungdomar på något av de 26 särskilda ungdomshemmen. Enligt Socialstyrelsens senaste granskning börjar Sis utvecklingsarbete ge resultat. Antalet avskiljningar har också minskat. Fortfarande finns enligt 2010 års tillsyn brister när det gäller hur hälso- och sjukvårdsfrågor ska hanteras på HVB-hem och Sis-institutioner. Ungdomar på Sis-institutioner har dock fortfarande svårt att få den hjälp de behöver från hälso- och sjukvården, särskilt från barn- och ungdomspsykiatri. Här behövs ytterligare insatser för att utveckla stödet och vården för denna grupp utsatta ungdomar.

Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68) föreslog i juli 2009 en sammanhållen lag om stöd och skydd för barn och unga. Bland annat föreslogs skärpta krav i fråga om barnavårdsutredningar och barn som placeras utanför det egna hemmet samt fastställda kompetenskrav för socialsekreterare i barn- och ungdomsvården. Barnskyddsutredningen presenterade totalt drygt 40 olika förslag. Regeringen har aviserat en treårig satsning för att förbättra skyddet, stödet och hjälpen till utsatta barn där en del av utredningens tankar finns med. Vi anser att det är angeläget att regeringen tar ställning till utredningens samtliga förslag och lägger fram förslag till riksdagen för att åtgärda de brister som redovisas i utredningen.

Samhället tar på sig ett stort ansvar när man flyttar ett barn från sin ursprungliga familj. Under 2005 vittnade många olika personer om vanvård, systematiska kränkningar och våld i den sociala barn- och ungdomsvården i förfluten tid. Även om de allra flesta omhändertagna fått en bra vård stod det klart att bristerna varit allvarliga och tyvärr så omfattande att man inte kan tala om enstaka fall. Kontrollsystemen var undermåliga och förmådde inte upptäcka eller ingripa mot övergrepp och skydda dessa barn. Socialtjänstminister Morgan Johansson beslutade 2006 att utnämna Göran Johansson till särskild utredare för Utredningen om vanvård i den sociala barnvården 1920–1980. Utredningen fick under den förra mandatperioden sitt uppdrag förlängt. Under utredningens gång har allt fler personer anmält att de vill bli intervjuade om vad som hänt dem. Att intervjuerna sker är oerhört viktigt. Men många av de intervjuade har kommit upp i hög ålder eller lider av sjukdom. De har länge undrat vad som händer efter att intervjuerna avslutats och vilka åtgärder staten kommer att vidta med anledning av det som hänt. Den borgerliga regeringen tillsatte under förra mandatperioden en särskild Upprättelseutredning som skulle titta på ersättningsfrågan, en offentlig ursäkt samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Upprättelseutredningen (SOU 2011:9 *Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*) blev klar i våras och föreslår en offentlig ursäkt (ceremoni), ersättning till de drabbade samt åtgärder för att det som skedde inte ska upprepas. Regeringen lämnade dock den 10 september 2011 besked om att de barn som vanvårdats i fosterhem inte skulle få någon ekonomisk ersättning. Vi protesterade mot regeringens besked. Sverige har som land en skyldighet att göra upp med det förflutna och ge dessa barn upprättelse. Vi måste ta deras berättelser på allvar och ge en

Fel! Okänt namn på

tydlig signal att detta inte får fortsätta att hända. Det har andra länder i liknande situationer gjort. Upprättelseutredningen har ett genomarbetat förslag för ersättning till de drabbade. Sedan regeringens besked den 12 september har dock samtal förts mellan regeringen och oppositionen. Regeringen, Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet träffade den 28 september 2011 en ramöverenskommelse om personer som utsatts för övergrepp eller försummelse av allvarlig art i social dygnsvård mellan åren 1920–1980, enligt Upprättelseutredningens förslag. Överenskommelsen innebär att det tillskapas en särskild möjlighet till ekonomisk ersättning.

Ungdomsmottagningar

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

Ungdomsmottagningarna arbetar på mycket olika premisser i olika delar av landet och ofta under osäkra förhållanden. Tillgängligheten varierar stort. Exempelvis är det under sommarmånaderna som mycket händer i ungdomars liv och då är många ungdomsmottagningar stängda, ibland upp till 10 veckor. Vi föreslår en kartläggning av ungdomsmottagningarnas öppettider och kompetens så att det blir möjligt att göra jämförelser och se om det behövs ytterligare åtgärder, till exempel en norm för tillgänglighet.

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

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

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

Funktionshinderspolitik

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

Funktionshindersfrågorna är i första hand rättighetsfrågor och inte vård- och omsorgsfrågor. Det finns en rad frågor som regeringen borde ta itu med och där flera olika departement samt riksdagsutskott måste involveras. Dagens lama och till intet förpliktande strategier och måltexter måste ersättas av handling. För det första bör man ändra lagstiftningen så att bristande tillgänglighet blir en diskrimineringsgrund i diskrimineringslagen. Detta har utretts flera gånger och ett färdigt utredningsförslag finns liksom fungerande exempel från andra länder. Näringsidkare och offentliga miljöer bör göras skyldiga att vidta åtgärder för ökad tillgänglighet genom att avlägsna enkelt avhjälpna hinder. För det andra bör LSS-reformen värnas. Många som har LSS vittnar om rädsla för att LSS-reformen på sikt ska försämrats på samma sätt som skett med sjukförsäkringen. För det tredje måste arbetet för att tillgänglighetsanpassa Sverige intensifieras. Arbetet har gått långsamt och satta mål har inte infriats. För det fjärde måste aktiva åtgärder sättas in för att öka sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättningar. Bland personer utan funktionsnedsättningar är sysselsättningsgraden 71 procent och bland dem som har en funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är den 50 procent. Inga förbättringar kunde noteras under den förra mandatperioden trots prat om "arbetslinjen". Det behövs bland annat kvalificerat, riktat och individanpassat stöd för att kunna vända på denna utveckling samt ett större ansvarstagande från bland annat offentliga arbetsgivare. För det femte behöver hjälpmedelsfrågan ses över. Tillgången till hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter.

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

Fel! Okänt namn på

ion) som ska användas i tillgänglighetsarbetet. Någon sådan plan har dock inte regeringen presenterat.

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

Lagen om stöd och service (LSS) har inneburit en enorm förbättring av levnadsvillkoren för många funktionshindrade. LSS-verksamheten har expanderat år för år; det gäller både antalet personer som får del av LSS-insatser och antalet timmar per person. Vi socialdemokrater slår vakt om LSS. Vi tycker att det är riktigt att prövningen av LSS-behov sker på samma sätt i hela landet. Det är dock viktigt att förändringar görs i dialog med brukarnas organisationer. LSS berör folks vardag och därför måste genomförandeprocessen för eventuella förslag från regeringen ske med yttersta noggrannhet och tillräcklig förberedelsestid. Om domstolsdomar på ett avgörande sätt ändrar hit-tillsvarande praxis för bedömning av LSS-behov bör det prövas om det behövs förtydliganden från den politiska nivån.

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

Personliga ombud är en mycket välriktad reform genom att de kommer psykiskt funktionshindrade direkt till del. Ombuden hjälper dem att få tillgång till den hjälp de har rätt att få, från kommunen, landstinget och olika stöd-enheter. Ombuden arbetar nära den de är ombud för och helt på dennes uppdrag. Socialstyrelsen har konstaterat att personliga ombud stärker den enskildes självbestämmande, främjar möjligheterna till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället. Det har också visats att personliga ombud minskar kostnaderna för sjukvård då behovet av psykiatrisk slutenvård minskar. Reformen infördes för ett antal år sedan och under de senaste åren har verksam-

heten varit under uppbyggnad. Fler och fler kommuner har visat intresse för att ha sådan verksamhet. Bristen på personliga ombud är stor, men det är svårt att rekrytera nya ombud. Risker att utvecklingen stannar av är överhängande. Regeringen bör mot denna bakgrund återkomma med förslag på hur arbetet med att rekrytera personliga ombud kan intensifieras och utvecklas.

Samhället som helhet måste bli bättre på att samordna sina insatser kring människor med olika former av funktionsnedsättningar, till exempel genom koordinatörer som hjälper den enskilde med olika kontakter. En undersökning från RBU, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, visar att föräldrar till barn med funktionsnedsättningar i genomsnitt hade kontakt med 17 personer kring sitt barns funktionsnedsättningar och olika stödinsatser. Det är lätt att inse att detta är en orimlig situation. Informationen från de olika huvudmän, främst Försäkringskassan och kommunerna, som administrerar samhällets stöd till dessa familjer är också bristande enligt samma undersökning.

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

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

Äldres vård och omsorg

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

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

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

Fel! Okänt namn på

också livsvillkoren som pensionär. Många äldre kommer fortfarande att leva under knappa förhållanden.

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

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

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

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

Fel! Okänt namn på

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

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

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

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

Fel! Okänt namn på

Livskvalitet handlar också om att par ska kunna bo kvar tillsammans så länge de vill. Vi föreslår att det i lag ska regleras att par ska erbjudas boende tillsammans om den ena partnern måste flytta till ett särskilt boende. Att få flytta med sin partner till ett särskilt boende ska vara en rättighet, samtidigt som den som inte vill flytta med ska ha en tydlig möjlighet att avstå från erbjudandet. En viktig princip är att vård- och omsorgsbehovet alltid ska bedömas individuellt oavsett vilken hjälp en eventuell partner kan ge.

Av de cirka 2 miljarder kronor som staten avsätter i stimulansbidrag till äldreomsorgen går 500 miljoner kronor till stimulansbidrag för byggande av fler platser i särskilda boenden. Det var en satsning som inleddes av den socialdemokratiska regeringen och som vi fullt ut stödjer. Kvarboendeprincipen har på många håll drivits för långt och det finns idag brist på lämpliga platser i särskilda boenden. Vi ser positivt på regeringens förslag att investeringsbidraget till särskilt boende även kan användas för byggande av trygghetsboenden. Det är en boendeform som behöver utvecklas. Men utvecklingen av antalet platser i särskilt boende måste följas noga. Antalet platser fortsätter att minska och är nu nere i 94 000 platser, vilket är en minskning sedan 2006 med 4 600 platser. Det behövs ytterligare initiativ från regeringen på detta område mot bakgrund av kommande demografiförändringar med fler äldre samtidigt som det redan nu är kö till en plats i särskilt boende i många kommuner.

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

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

Socialdemokraterna och de övriga oppositionspartierna i riksdagen röstade våren 2011 igenom att Socialstyrelsen fick i uppdrag att komplettera de nationella riktlinjerna för vård av demenssjuka med riktlinjer för bemanning i

demensvården. Moderaterna, Folkpartiet, Centern och Kristdemokraterna reserverade sig. Vi menar att det är av största vikt att regeringen snarast återkommer med ett förslag om riktlinjer för bemanning. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010* saknas krav på bemanning. En rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum visar dock att det är fullt möjligt att fastställa riktlinjer för lämplig bemanning för vård av och omsorg om demenssjuka. Rapporten visar även hur bemanningen kan anpassas till lokala förhållanden. Vi menar att bemanningen inom demensvården ofta är otillräcklig, vilket också Socialstyrelsens egen tillsyn har visat. Larm, larmmattor och låsta dörrar kan vara nödvändigt men kan och ska inte ersätta människors närvaro och omsorg. Det är också otillfredsställande, inte minst för kommunerna, att Socialstyrelsen i sin granskning kan komma fram till att en kommun har för lite personal samtidigt som det saknas riktlinjer för vilken bemanning som är rimlig.

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

Vården för de mest sjuka äldre har idag stora brister och är en prioriterad fråga för oss. Den grundläggande förutsättningen för att de allra svagaste och sköraste patientgrupperna i samhället ska få tillgång till vård är att vården ges på lika villkor och efter behov samt att den finansieras gemensamt. Under avsnitt 1.12 redovisar vi förslag om omdisponering på anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Vi avvisar det tidsbegränsade stimulansbidrag till landstingen som införs från 2012 och som syftar till att öka användningen av LOV i specialistsjukvården (160 miljoner 2012, och 100 miljoner årligen 2013–2014 på anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård). Vi föreslår istället att pengarna används till ett stimulansbidrag till landstingen för att förbättra omhändertagandet av svårt sjuka äldre patienter i sjukhusvården.

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

Fel! Okänt namn på

Vi vill ge multisjuka äldre en personlig läkare med helhetsansvar för behandlingar och läkemedel som även gör regelbundna läkemedelsgenomgångar.

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

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

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

Multisjuka äldre ska om möjligt inte behöva åka runt mellan sjukhusens olika avdelningar för att få tillgång till rätt vård. Istället bör det finnas särskilda äldreavdelningar på sjukhusen där äldre kan få tillgång till vård från olika medicinska specialiteter. Äldre och multisjuka människor slussas ofta mellan kommuner och landsting och kan ibland hamna i kläm när avvägningar av vårdbehovet görs.

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

Personalens kompetensnivå är en av de viktigaste nycklarna för att höja kvaliteten. Inom äldreomsorgen vill vi införa en lägsta kompetensnivå för att alls få arbeta med sköra äldre; det är ett ansvarsfullt och viktigt jobb som inte vem som helst kan anförtros. Vi vill även göra det möjligt för undersköterskor att gå vidare och specialisera sig till exempelvis rehabiliteringsundersköterskor eller demensundersköterskor. Dessa specialiseringar bör vara nationella. Det behövs också fler specialistutbildade sjuksköterskor som kan arbeta med äldre och sköra patienter och det behövs fler geriatriker. Det kräver att det utbildas fler geriatriker för att tillgången ska bli lika god för äldre oavsett var i landet de bor. Geriatrik, gerontologi och demenskunskap bör ingå på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har i granskningar av äldreomsorgen påpekat att den fortsatta låga andelen omvårdnadspersonal med vårdutbildning inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen och att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet

Fel! Okänt namn på

av yrkeskompetent omvårdnadspersonal och förbättra förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna. Vi delar den uppfattningen. Den socialdemokratiska regeringen satsade under tre år en dryg miljard på Kompetensstegen för anställda inom äldreomsorgen. Satsningen har varit mycket lyckad. Tyvärr var den borgerliga regeringen i flera år passiv när det gäller kompetensutveckling i äldreomsorgen. Först efter flera år ersattes Kompetensstegen av en liknande satsning.

Ytterligare åtgärder behövs dock både för att kompetensutveckla befintlig personal och rekrytera ny personal. Vi står inför mycket stora pensionsavgångar, vilket ökar trycket på att rekrytera ny personal. Intresset för att söka gymnasial vårdutbildning har sjunkit dramatiskt och intresset måste öka betydligt om personalbehovet i äldreomsorgen ska kunna täckas på sikt. Om vi ska klara personalförsörjningen inom välfärden behöver breda insatser genomföras. Viktigast är att ge anställda möjlighet till heltid och fast anställning, men insatser behöver även göras för att locka unga att välja en framtid inom välfärdsjobben. Vi har i vår partimotion om budgeten för 2012 lagt fram förslag om utbildningsvikariat inom vård och omsorg. Anställda får möjlighet att komplettera och bygga på sin tidigare utbildning samtidigt som en långtidsarbetslös får arbetslivspraktik och en möjlighet till vidare anställning i en viktig framtidsbransch.

Vi har också i partiets budgetmotion för 2012 föreslagit inrättande av traineeplatser för unga under 26 år i privat och offentlig verksamhet. Vi föreslår att dessa platser inrättas genom kreditering av arbetsgivarnas skattekonton för den som anställs som trainee. En tidigare arbetslöshetsperiod ska inte vara ett kriterium för att komma i fråga för insatsen. Alla arbetsgivare ska kunna ansöka om att anställa en trainee under förutsättning att a) de kan visa upp behov av nyrekrytering till följd av generationsväxling inom en period av 1–3 år, b) det finns en godkänd handlingsplan där teori varvas med praktik, teorin ska ge kunskaper om företaget och branschen och praktiken t.ex. ge möjlighet att prova på företagets olika avdelningar och verksamheter, samt c) det finns en utsedd handledare på arbetsplatsen. Arbetsmarknadens parter ska sluta avtal om traineeanställningar.

För att möta de pensionsavgångar inom välfärden som väntar de kommande åren måste rekryteringen till dessa jobb stärkas. Insatser för att förbättra förhållandena för de anställda måste genomföras. Till dessa insatser räknas möjlighet till heltid och fast anställning. Men detta arbete måste påbörjas redan i utbildningssystemet, för att fler ska välja att läsa omvårdnadsprogrammet. År 1980 sökte 18 000 ungdomar till omsorgsprogrammet. För något år sedan var det 4 000 sökande till motsvarande utbildning. Ett sätt att förbättra villkoren för dem som överväger att studera omvårdnad är att erbjuda de studerande sommarjobb. En sådan möjlighet innebär också en möjlighet att praktisera sina kunskaper och att stärka sitt kunnande. I partiets budgetmotion föreslår vi satsningar för att ge studerande på omvårdnadsprogram sommarjobb. På sikt bör alla som läser på omvårdnadsprogrammet garanteras sommarjobb.

Vi föreslår också i partiets budgetmotion att en kompetenskommission tillsätts för att hantera problemen med missmatchning på arbetsmarknaden. Ar-

Fel! Okänt namn på

betsgivarna har allt svårare att hitta kompetent arbetskraft samtidigt som arbetslösheten fortfarande är hög. Kompetenskommissionen ska kunna inhandla olika former av utbildningar eller andra lämpliga åtgärder från såväl privata som offentliga utbildningsföretag och från universitet, högskolor och kommuner. Åtgärderna ska vara inriktade på de aktuella kompetensbehov arbetsgivarna har, på såväl gymnasial som eftergymnasial nivå. Kommissionen ska också få i uppdrag att analysera vad som kan göras för att öka söktrycket till utbildningar som bedöms som strategiska för näringslivet och den offentliga sektorn, men som i dag har svårt att fylla sina utbildningsplatser.

Insemination för ensamstående

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

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

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

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

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

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

att snarast återkomma till riksdagen med ett förslag som ger ensamstående kvinnor rätt till assisterad befruktning.

Könstillhörighetslagen

Lagstiftningen kring könsbyte är från början av 70-talet och är ganska föråldrad. Därför tillsatte den socialdemokratiska regeringen en utredning i frågan för att modernisera lagen. Utredningen blev klar 2007 men regeringen valde tyvärr att inte agera. Socialstyrelsen tröttnade 2010 och la fram ett förslag till ny lagstiftning. Socialstyrelsens förslag innehåller tre större direkta sakförändringar:

1. Kravet på att man ska vara ogift för att kunna byta könstillhörighet ska tas bort.
2. Kravet på att den som ansöker om att ändra könstillhörighet ska vara steriliserad ska tas bort (bryter bland annat mot Europarådets rekommendationer).
3. Även en utländsk medborgare ska kunna beviljas ändrad könstillhörighet om han eller hon varit bosatt i minst ett år i Sverige.

Socialstyrelsen föreslår också ett nationellt vårdprogram och andra insatser för att förbättra de utredningar som föregår ett könsbyte och vården för transsexuella. Socialstyrelsens förslag är bra. Otidsenliga och kränkande krav tas bort samtidigt som vården förbättras. Vi föreslår att regeringen uppmanas av riksdagen att återkomma med ett förslag till ändrad könstillhörighetslag i enlighet med Socialstyrelsens förslag. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna. Vi föreslår också att regeringen tillsätter en utredning med uppgift att skapa en samlad verklighetsbild av situationen för transpersoner i Sverige. Därigenom får vi bättre förutsättningar att stärka deras ställning i samhället.

Ekonomiskt bistånd (socialbidrag)

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

Behovet av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) halverades i det närmaste under en tioårsperiod. Men utvecklingen bröts under den förra mandatperioden och kostnaderna för ekonomiskt bistånd har ökat flera år i rad och fortsätter att öka även 2011. Lågkonjunktur kombinerad med en ineffektiv jobbpolitik och fördelningspolitik har lett till en försämrad utveckling för dem som har små ekonomiska marginaler. Ungdomsarbetslösheten är hög jämfört

Fel! Okänt namn på

med andra länder. Regeringens försämringar av a-kassesystemet och sjukförsäkringen har också urholkat trygghetssystemen och förvärrat situationen.

Socialbidragets konstruktion, med hundraprocentiga marginaleffekter, innebär att varje krona som tjänas räknas av från socialbidraget. Vi har i vår partimotion om budgeten för 2012 (och tidigare i rapportform) lagt fram förslag om att den som har socialbidrag i ett inledningsskede ska få en skattekredit vid övergång från socialbidrag till arbete. Vi är övertygade om att detta stärker den enskilde och är till nytta för samhället.

Under 2010 betalades totalt 11 816 miljoner kronor ut i ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning. Det är en ökning med 4 procent jämfört med 2009. Den totala ökningen skedde trots att utbetalningarna av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till gruppen flyktingar minskade med 6 procent under 2010 till 2 187 miljoner kronor.

Bland de knappt 277 500 personer som fick ekonomiskt bistånd 2010 var arbetslöshet det vanligaste försörjningshindret (38 procent). Sedan följer ”arbetshinder, sociala skäl” och sjukskrivning med läkarintyg, som var försörjningshinder för 10 respektive 7 procent av dem som fick bistånd.

Överskuldssatthet

Svenskarnas samlade skuld hos Kronofogdemyndigheten uppgick i mars 2011 till 59,6 miljarder kronor, vilket innebar en minskning med 2,7 procent jämfört med föregående år. Andelen av befolkningen som har ett skuldsaldo har däremot varit oförändrad de senaste tre mätperioderna och legat på 4,6 procent. Antalet män med skuldsaldo fortsätter att minska medan kvinnorna som grupp fortfarande ökar. Skillnaderna mellan de olika inkomstklasserna har ökat; värst drabbade är de som saknar inkomst. Antalet med skuldsaldo hos denna grupp har ökat med 44,7 procent.

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

Sms-lånen är en företeelse som socialtjänsten och Kronofogdemyndigheten uppmärksammat i olika sammanhang. De ungas andel av de obetalda skulderna för sms-lån är dock fortfarande över 50 procent. Många tar lån för att betala andra räkningar och tidigare lån. Detta är något som många budget- och skuldrådgivare i landets kommuner kan vittna om. Under första halvåret 2011 inkom över 14 000 ansökningar om betalningsföreläggande på grund av obetalda sms-lån till kronofogden. Det är en minskning med 10 procent jämfört med samma period förra året. Den nya konsumentkreditlagen, där sms-lånen inte längre är undantagna för kreditprövning, har förändrat kreditgivningen. Sms-lånens roll på kreditmarknaden har förändrats. Idag är det allt vanligare att samma kreditgivare i stället lånar ut ett större belopp på en längre avbetalningstid. Trots den glädjande minskningen när det gäller sms-

lån som går till kronofogden är den totala omfattningen fortfarande stor och problemen finns kvar för alla dem som tidigare tagit sms-lån och som idag fortsätter att betala av sina skulder.

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

Samhället kan aldrig överta den enskildes ansvar för sina beslut och sin ekonomi. Men samhället kan se till att det finns ett rimligt regelverk på olika områden för att minska sociala problem. Problemet med överskuldssatthet kräver ytterligare initiativ från samhällets sida. Sammanfattningsvis kan det konstateras att 2007 års Insolvensutredning lagt fram välgrundade förslag till lösningar för hårt överskuldssatta personer. De förslagen till ändringar i skuldsaneringslagen bör nu bli gällande lag. Regeringen måste återkomma med en finansiering av detta förslag.

Barnfattigdom

Alldeles för många barn växer idag upp i familjer med mycket dålig ekonomi och sedan en tid tillbaka ökar antalet. Enligt Rädda Barnen levde 10 000 fler barn i fattigdom år 2008 än året innan. Totalt lever 220 000 barn i Sverige idag i fattiga familjer. Barn som växer upp i fattigdom tvingas alldeles för tidigt att ta ett stort ansvar för familjens ekonomi. De bor sämre än andra barn, i mer utsatta områden, och går ofta i skolor där allt färre elever klarar kunskapskraven. Många tvingas av ekonomiska skäl avstå från att delta i avgiftsbelagda fritidsaktiviteter och kan heller inte delta i aktiviteter inom skolan som är förknippade med kostnader. Glasögon till barnen är för många familjer en utgift som inte ryms inom familjens budget.

Gemensamt för dessa barns föräldrar är ofta att de antingen saknar jobb eller jobbar deltid. Många familjer är beroende av försörjningsstöd och föräldrarna står långt ifrån arbetsmarknaden. Som Rädda Barnen har redovisat är risken för fattigdom störst bland barn till ensamstående och barn till utrikes födda.

En aktiv arbetsmarknadspolitik med fler arbetande föräldrar är den allra viktigaste åtgärden för att bekämpa barnfattigdomen. Därefter kommer en generell välfärd. En välfärd som omfattar alla jämnar ut chansen att förverkliga alla barns livsdrömmar, minskar de ekonomiska klyftorna och ökar den sociala sammanhållningen.

Vi Socialdemokrater menar att det ska råda nolltolerans mot barnfattigdom. Vi har satt upp som mål att avskaffa barnfattigdomen. Det är ett långsiktigt mål som vi vill nå genom att se till att barnens föräldrar får arbete och genom att investera i våra barns och ungas framtid. Vi kommer att ta fram ett brett program för att avskaffa barnfattigdomen.

Fel! Okänt namn på

Vi föreslår i vår partimotion om budgeten för 2012 insatser på följande områden (förslagen utvecklas närmare i partimotionen):

- ? rätt till heltid
- ? ökad rätt till barnomsorg på obekvämtid
- ? resursfördelning utifrån elevernas behov
- ? satsning på kultur- och musikskolan
- ? förstärkta trygghetssystem och bättre vardagsekonomi (höjt underhållsstöd)
- ? ökade möjligheter till skuldsanering
- ? sociala investeringar på kommunal nivå – metodutveckling och försöksverksamhet.

Spelberoende

Spel där man kan vinna pengar är en mycket omfattande verksamhet i de flesta länder. I Sverige omsatte den reglerade spelmarknaden runt 41 miljarder kronor per år 2010. Utöver spel på den reglerade spelmarknaden förekommer ett omfattande spel på sajter som ägs av bolag som inte har tillstånd i Sverige. Deras marknadsandelar är (enligt Svenska Spel) cirka 10 procent av den totala kända spelmarknaden.

För de flesta människor är spel ett roligt och hanterbart nöje men för en del människor har också spelet en baksida. Den består av skuld och lögn inför familj, vänner och närstående samt i slutändan ekonomiska problem. Man räknar med att cirka 1,4 procent av svenska folket har problem med spel och 0,5 procent har så stora problem att de räknas som spelberoende. För många människor kan ett spelberoende leda till allvarliga konsekvenser. Spelberoende kan på många sätt likna alkoholism och narkotikaberoende. Den som är spelberoende tänker ständigt på spel och blir rastlös eller irriterad när han eller hon försöker begränsa sitt spelande. Ofta leder spelberoende till ett liv med stora lögn för att dölja vidden av spelandet. Vi socialdemokrater är för en statligt reglerad spelmarknad. Oreglerade internetspel bör motverkas.

Spelmarknaden förändras snabbt och stora belopp satsas av spelbolagen på spelutveckling och marknadsföring. Den kraftigt ökade tillgängligheten av spel gör att beroende kan utvecklas mycket snabbt. Eftersom spelproblem är ojämnt fördelade i befolkningen kan sårbara grupper som unga och ekonomiskt utsatta drabbas mycket hårt. Därför måste man följa utvecklingen av spelmarknaden och analysera dess konsekvenser för enskilda och för samhället.

Det finns en begränsad kunskap om orsakerna till spelmissbruket och hur missbruket ska behandlas. Det behövs mer forskning samt stöd för rådgivning och behandling kring spelmissbruk och spelmissbrukare. Det är nödvändigt att fortsätta och vidareutveckla de satsningar som den förra regeringen gjorde på detta område. Både Socialstyrelsen, kommunerna och landstingen behöver skaffa sig bättre strategier för att stödja spelmissbrukare och deras anhöriga.

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

Spelmissbruk har likheter med andra missbruksproblem. I Socialstyrelsens riktlinjer om missbruks- och beroendevård omfattas alkohol och narkotika. Ansvar för övriga beroenden, som spel, sex och mat, ligger hos Folkhälsoinstitutet. Att ansvaret är delat trots den snarlika problematiken kan bidra till att det kan vara svårt för den spelberoende som inte faller under socialtjänstlagen att få hjälp från kommunen till den vård som behövs för att bryta sitt spelmissbruk. Det finns klienter som nekats behandlingshjälp av kommunen mot spelmissbruk men som överklagat och fått rätt i domstol. Kommunerna behandlar dessa frågor ganska olika.

Totalt sett anser vi att frågan om hjälp åt personer med spelmissbruk måste ges en högre politisk legitimitet. Vi vill att regeringen ser över om socialtjänstens åtagande ska preciseras när det gäller spelmissbruk. Det skulle i så fall kräva en ändring av socialtjänstlagen.

Hemlöshet

Hemlöshet är ett yttersta uttryck för social utsatthet. Att ha någonstans att bo är en grundläggande välfärdsfråga. Hemlöshet är ett problem i Sverige som ökar. De som drabbas är inte bara människor med långvarig social problematik utan också unga, arbetslösa och andra med svag ekonomi. Socialstyrelsen redovisade i den senaste nationella kartläggningen 2005 att nästan 18 000 personer var hemlösa. Över 3 500 personer av de hemlösa sov ute. 30 procent av de hemlösa var föräldrar till barn under 18 år. Under 2011 genomför Socialstyrelsen en ny nationell mätning.

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

Fel! Okänt namn på

Regeringen har misslyckats med sin politik mot hemlöshet. Den nationella strategin är alltför vag och har tyvärr inte visat sig vara något effektivt redskap för att samordna samhällets riktade insatser för att bekämpa hemlöshet. Gruppen hemlösa har inte märkt någon skillnad sedan strategin infördes. Regeringens försämringar av sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen har urholkat samhällets grundläggande ekonomiska skyddsnet. Regeringens passiva bostadspolitik har också förvärrat situationen.

Det finns uppseendeväckande många barnfamiljer bland dem som vräks från sin bostad. Vanligaste orsaken till vräkning är hyresskuld. Det är ett oerhört stort ingrepp i en ung människas liv när familjen vräks från sin bostad. De kompisar och det nätverk man bygger upp som barn försvinner. Det är också förknippat med mycket skam och ibland rena tragedier. Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer för hur kommunerna ska förhindra att barnfamiljer vräks. Rekommendationerna handlade bland annat om att snabbare hitta familjer som hotas av vräkning och direkt hjälpa dem med till exempel ekonomisk rådgivning. Under första halvåret 2011 var det 358 barn som berördes av en vräkning. Det är en ökning med 9 procent jämfört med samma period 2010. Samhällets mål om noll vräkningar av barnfamiljer är fortfarande långt borta.

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

Hemlöshet är inte värdigt ett modernt välfärdssamhälle. Samhällets insatser har inte varit tillräckliga. Ambitionen måste vara att ingen ska vara hemlös. Insatserna för att bekämpa hemlösheten måste intensifieras. Arbetet

Fel! Okänt namn på

måste handla om två olika perspektiv, dels att se till att de som idag är hemlösa kan få ett värdigt boende, dels att förhindra att fler hamnar i hemlöshet.

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

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

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

Stockholm den 4 oktober 2011

Lena Hallengren (S)

Christer Engelhardt (S)

Lennart Axelsson (S)

Gunnar Sandberg (S)

Ann Arleklo (S)

Catharina Bråkenhielm (S)

Teres Lindberg (S)