

# Motion till riksdagen 2016/17:3305

av Emma Henriksson m.fl. (KD)

## Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

---

### Innehåll

Förslag till riksdagsbeslut	4
1 En hälso- och sjukvård i världsklass	10
1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde	11
1.2 Vårdval även inom öppenvården	13
1.3 E-hälsa	13
1.3.1 Valfrihet och tillgänglighet	14
1.4 En etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare	14
1.5 Fond för idéburen vård och omsorg	15
1.6 Århundradets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård	17
1.6.1 Oförsvarliga skillnader mellan landsting	17
1.6.2 Förbättringar på kort sikt	17
1.6.3 Förstatligande av sjukhusvården för att uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård	18
1.6.4 Statligt ansvar för ökad och mer likvärdig tillgång till läkemedel	19
1.7 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas	20
1.8 Återinför kömiljarden	21
1.9 Vårdplatsgaranti	21
1.10 Kortare köer till akuten	22
1.11 Patientansvarig läkare	22
1.12 Hemtagningsteam	23
1.13 Bättre förutsättningar för vårdpersonal	24
1.14 Vårdserviceteam i vården och äldreomsorgen	25
1.15 Fler utbildningsplatser för läkare, sjuksköterskor och barnmorskor	26

1.16 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården	26
1.17 En förbättrad förlossningsvård	27
1.18 Vård av asylsökande med svåra trauman	28
1.19 Flera missriktade satsningar från regeringen	29
2 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg	30
2.1 En värdighetsgaranti i varje kommun	30
2.2 Äldreboendegaranti	31
2.3 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen	32
2.4 Fler händer i äldreomsorgen	32
2.5 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen	33
2.6 Stärk det sociala innehållet i äldreomsorgen	33
2.7 Geriatriska centrum i tre regioner	33
2.8 Satsning på de mest sjuka äldre	34
2.9 Vård av och omsorg om demenssjuka en ödesfråga	34
3 Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga	35
3.1 Satsning på första linjens sjukvård	36
3.2 Korta väntetiderna till BUP	36
3.3 En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri	36
3.4 Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan	37
3.5 Kommunen ska vara skyldig att tillhandahålla föräldrastöd	37
4 Anhörigvård	37
4.1 Biståndsbedömning av anhörigas behov	37
4.2 Rätt till tjänstledighet	38
4.3 VAF-dagar	38
5 Tandvård för alla	39
5.1 Tandhälsan bland barn och unga	39
6 Apotek och läkemedel	40
7 Medicinsk-etiska frågor	41
7.1 Nej till dödshjälp	41
7.2 Värdig vård i livets slutskede	43
7.2.1 Palliativ vård	43
7.2.2 Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?	43
7.2.3 Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet	43
7.2.4 Hospice – hemlik vård i livets slutskede	44
7.3 Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning	44
7.3.1 Assisterad befruktning	44
7.3.2 Mer forskning om barnen	45

7.4 Abort	46
7.4.1 Etiska dilemman för personal i vården	47
7.5 Ungdomsmottagningar och preventivmedel	47
7.6 Fosterdiagnostik	48
8 Folkhälsofrågor	49
8.1 Förebygg ohälsa	49
8.1.1 Nationell strategi för astma och allergi	50
8.2 Alkohol, narkotika och tobak	50
8.2.1 En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik	51
8.2.2 Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol	51
8.2.3 Tobak och passiv rökning	52
8.2.4 Tobaksanvändning bland ungdomar	52
8.2.5 Narkotika	53
8.2.6 Missbruksvård	53
9 Föräldrastöd	54
9.1 Föräldrautbildning	54
9.2 Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar	55
9.3 Familjecentral och öppen förskola	56
10 Social omsorg och socialtjänstfrågor	56
10.1 Barn som inte längre kan bo hemma	57
10.2 Stärk socialsekreterarens kompetens och ansvar	57
10.3 Förbättrade förutsättningar för familjehemmen	58
10.4 Undvik omplacering av barn	59
10.5 Överväg vårdnadsöverflyttning oftare	60
10.5.1 Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras	60
10.6 Ensamkommande barn och unga	60
10.6.1 Krissocialjour för ensamkommande	60
10.6.2 Lämpligt boende för ensamkommande barn och unga	61
10.7 Barn som har utsatts för brott	62
10.7.1 Flera barnahus	62
10.7.2 Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas	62
10.8 Barn i ekonomisk utsatthet	63
10.8.1 Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer	63
10.8.2 Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi	63
10.9 Familjerättsliga frågor	63
10.9.1 Viktigt med samarbetsamtal	64
10.9.2 Lagen om gemensam vårdnad	64
10.9.3 Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse	65

10.10 Barnkonventionen som svensk lag	65
11 Hemlöshet	66
12 Funktionshinderspolitik	66
12.1 LSS	67
12.2 Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar	68
Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar	69

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om det fria vårdvalet och fördelarna med en mångfald av aktörer inom välfärdssektorn och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det fria vårdvalet ska gälla all öppen vård, även den som utförs av andra specialister än specialister i allmänmedicin, och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om flytten av E-hälsomyndigheten och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en fond för idéburen vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en statlig utredning som ska se över frågan om att förstatliga sjukhusvården för att på så sätt uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att teckna en överenskommelse med SKL om ökad statlig medfinansiering av en snabbare och nationellt likvärdig introduktion av vissa nya läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla vårdgarantin till att omfatta hela vårdkedjan med en yttre tidsgräns på 120 dagar och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra kömiljarden och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en vårdplatsgaranti och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta köerna till akuten och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa hemtagningsteam och tillkännager detta för regeringen.

14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stimulansmedel för att inrätta vårdserviceteam i sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för läkare, sjuksköterskor och barnmorskor och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda förutsättningarna för att etablera en nordisk beredningsgrupp på hög nivå som kan stärka och vidareutveckla det nordiska samarbetet om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning på att stärka kvaliteten i förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vård av asylsökande med svåra trauman och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för personer med kroniska sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska vara skyldiga att införa lagen om valfrihetssystem (LOV) och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska införa en värdighetsgaranti och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en äldreboendegaranti och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stimulansmedel för byggandet av äldreboenden och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett omvårdnadslyft och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning på ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om personalsatsning i äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett måltidslyft inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning för att stärka det sociala innehållet i äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa geriatriska centrum i tre regioner och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en nationell demensplan ska tas fram och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om första linjens sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en elevhälsogaranti och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning på att korta väntetiderna till BUP och tillkännager detta för regeringen.

36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en kartläggning av orsakerna till den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga ska genomföras och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anhörigvård och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att socialtjänsten vid biståndsprövning särskilt ska uppmärksamma anhörigas situation och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan om rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda frågan om hur ett system med VAF-dagar skulle kunna utformas och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en informationssatsning i fråga om tandvårdsförsäkringen och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över högkostnadsskyddet i tandvården och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan om huruvida personer med friskvårdsavtal borde få del av det statliga tandvårdsbidraget och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (regeringens förslag punkt 2, avsnitt 2.2).
46. Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (regeringens förslag punkt 3, avsnitt 2.3).
47. Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (regeringens förslag punkt 4, avsnitt 2.4).
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att slå vakt om och utveckla omregleringen av apoteken och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att få fler att välja farmaceutyrken och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vidareutveckling av tjänster som apoteken kan tillhandahålla och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att frågan om 24-timmarsregeln bör ses över i förhållande till distributörerna av läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att detaljhandeln även i fortsättningen ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om palliativ vård samt palliativ medicin och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.

56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om assisterad befruktning för ensamstående och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bristen på forskning om barn som kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samvetsfrihet och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa subventionerade preventivmedel för personer upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för astma och allergi och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tobak och passiv rökning och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett narkotikafritt samhälle och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda minst ett föräldrastödsprogram under barnens uppväxt och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sänka trösklarna till familjerådgivningen och tillkännager detta för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa familjerådgivningscheckar och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör finnas minst en familjecentral i varje kommun och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda frågan om det formella beslutsfattandet i den sociala barn- och ungdomsvården samt möjlighet att införa legitimation för socialsekreterare och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrade förutsättningar för familjehemmen och tillkännager detta för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över frågan hur man undviker sammanbrott som resulterar i omplacering av barn och tillkännager detta för regeringen.
73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga vårdnadsöverflyttning eller adoption när placeringen har pågått en viss tid och tillkännager detta för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kommunernas ansvar för barn som omhändertagits och drabbats av vanvård, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en krissocialjour för ensamkommande och tillkännager detta för regeringen.

76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell kampanj för att rekrytera familjehem och gode män och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stödboende och tillkännager detta för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utökade resurser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och tillkännager detta för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnahus ska finnas tillgängliga över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en särskild företrädare för barn och tillkännager detta för regeringen.
81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att synliggöra barn i rättsprocessen samt synliggöra barn som bevittnat våld i hemmet och tillkännager detta för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja den barnrelaterade delen i bostadsbidraget och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra fritidspengen och tillkännager detta för regeringen.
84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att alla föräldrar vid en separation erbjuds ett samarbetsamtal och tillkännager detta för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnens rättigheter i vårdnadstvister ska stärkas genom rätten till ett juridiskt ombud och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att bekräftelse av faderskapet ska kunna ske för ogifta som är överens om det, på samma sätt som i dag men redan under graviditeten, och tillkännager detta för regeringen.
87. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om barnkonventionen som svensk lag och tillkännager detta för regeringen.
88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om modellen ”bostad först” och tillkännager detta för regeringen.
89. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om målet för funktionshinderspolitiken och tillkännager detta för regeringen.
90. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att en ändamålsenlig utformning av assistansersättningen skyndsamt tas fram och tillkännager detta för regeringen.
91. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja schablonbeloppet i assistansersättningen och tillkännager detta för regeringen.
92. Riksdagen anvisar anslagen för 2017 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt förslaget i tabell 1 i motionen.

**Tabell 1 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2017 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (tusental kronor)**

*Tusental kronor*

Ramanslag		Regeringens förslag	Avvikelse från regeringen (KD)
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	34 885	-267
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	81 560	-562
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	140 964	-535



1:4	Tandvårdsförmåner	5 747 835	+43 000
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	24 049 736	+493 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	2 729 286	-900 000
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	485 476	
1:8	Bidrag till psykiatri	1 108 993	+310 000
1:9	Läkemedelsverket	132 018	-692
1:10	E-hälsomyndigheten	144 051	-218
1:11	Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74 000	
2:1	Folkhälsomyndigheten	380 030	-1 512
2:2	Insatser för vaccinberedskap	88 500	
2:3	Bidrag till WHO	37 665	
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502	
3:1	Myndigheten för delaktighet	57 883	-214
3:2	Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742	
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	24 096	-171
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	411 514	
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	266 995	
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	25 931 000	
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 473 858	+1 100 000
4:6	Statens institutionsstyrelse	946 750	+15 794
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	711 815	+37 000
5:1	Barnombudsmannen	24 557	-82
5:2	Barnets rättigheter	27 761	
6:1	Alkoholsortimentsnämnden	242	
6:2	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	213 629	
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	33 998	-116
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	546 998	-379
8:1	Socialstyrelsen	627 986	+77 714
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	697 839	+2 323
	<i>Nya anslag</i>		
8:3	Fond för idéburen vård		+75 000
8:4	Patientansvarig läkare		+300 000
8:5	Utbildning för chefer i äldreomsorg		+50 000
8:6	Värdighetsgaranti		+200 000
8:7	Geriatriskt centrum, utbildning geriatrik		+180 000
8:8	Kömiljard		+1 000 000
8:9	Vårdserviceteam		+1 100 000
8:10	Vårdserviceteam, äldre		+5 000 000
	<b>Summa</b>	<b>68 496 164</b>	<b>+4 579 084</b>

**Tabell 2 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2017 till 2020 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (miljoner kronor)**

	Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	2017	2018	2019	2020
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	-0	-0	-1	-1
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	-1	-1	-2	-2
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	-1	-1	-2	-3
1:4	Tandvårdsförmåner	+43	+76	+113	+113
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	+493	+493	+493	+493
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	-900	-900	-900	-400

1:8	Bidrag till psykiatri	+310	+310	+310	+310
1:9	Läkemedelsverket	-1	-2	-2	-3
1:10	E-hälsomyndigheten	-0	-1	-1	-2
2:1	Folkhälsomyndigheten	-2	-4	-6	-9
3:1	Myndigheten för delaktighet	-0	-1	-1	-1
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	-0	-0	-0	-1
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	+1 100	+1 100	+3 150	+3 400
4:6	Statens institutionsstyrelse	+16	+10	-1	-7
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	+37	+37	+37	+237
5:1	Barnombudsmannen	-0	-0	-0	-1
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	-0	-0	-1	-1
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	-0	-3	-3	-3
8:1	Socialstyrelsen	+78	+126	+181	+231
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	+2	-2	-6	-10
	<i>Nya anslag</i>				
8:3	Fond för idéburen vård	+75	+25	+25	+25
8:4	Patientansvarig läkare	+300	+300	+300	+300
8:5	Utbildning för chefer i äldreomsorg	+50	+50	+50	
8:6	Värdighetsgaranti	+200	+200	+200	+200
8:7	Geriatriskt centrum, utbildning geriatrik	+180	+180	+180	+180
8:8	Kömiljard	+1 000	+1 000	+1 000	+1 000
8:9	Vårdserviceteam	+ 1 100	+ 1 100	+ 1 100	+ 1 100
8:10	Vårdserviceteam, äldre	+500	+500	+500	+500
	<b>Summa</b>	<b>+4 579</b>	<b>+4 593</b>	<b>+6 713</b>	<b>+7 645</b>

## 1 En hälso- och sjukvård i världsklass

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

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

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

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

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

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

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

## 1.1 Mer valfrihet och makt till den enskilde

Varje människa är unik och har ett okränkbart värde. För Kristdemokraterna är detta centralt, men det är också av yttersta vikt att vi bygger vår välfärd på den insikten. Det är avgörande att välfärden präglas av kvalitet och professionalism. Men lika viktigt är att den bygger på hur medborgarna själva vill ha sin välfärd, vilka val de gör och vilka önskemål de har. Människors välbefinnande ökar när de har makt att påverka sin egen livssituation. Det gäller alltifrån utbildning och jobb, familjebildning och bostad till vård och omsorg. Att människor kan göra aktiva val för sin hälsa och sitt välmående är

betydelsefullt, som att välja äldreboende, vårdcentraler, personlig assistans eller hemtjänstutförare. Detta borde vara självklarheter i ett välutvecklat välfärdssamhälle. Givetvis ska kommuner och landsting stå ansvariga för vården och omsorgen, men vem som utför tjänsterna måste ligga i händerna på medborgarna.

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

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

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

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

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

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

driven vård och omsorg att startas och drivas – tvärtom. När valfrihetssystem som LOV avskaffas så drabbar det även idéburen verksamhet.

De som bygger äldreboenden, sjukhus och vårdcentraler arbetar i privata företag. De kan själva starta eget företag i sin bransch och de är oftast män. De som däremot arbetar med vård och omsorg i dessa byggnader har under lång tid varit hänvisade till en offentlig arbetsgivare. De har inte haft möjlighet att starta eget i sin bransch och har oftast varit kvinnor. När valfrihetsreformerna inom välfärdssektorn introducerades innebar det en stor förändring för de anställda i denna kvinnodominerade sektor. Då skapades nya möjligheter för människor till kreativitet och entreprenörskap. Nya karriärvägar öppnades. Det gav positiva effekter på kvinnors löneutveckling, inte minst då antalet arbetsgivare ökat. Reformerna har inneburit positiva effekter för kvinnligt företagande. Valfriheten i välfärden skapar förutsättningar för ett allt mer jämställt Sverige.

## 1.2 Vårdval även inom öppenvården

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

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

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

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

## 1.3 E-hälsa

E-hälsa är inte ett mål i sig utan ett medel för att nå mål. Det är ett verktyg för patientcentrering, valmöjligheter, transparens, mångfald och som stöd till de sköraste

och mest utsatta. Utvecklingen på e-hälso-området är en bidragande orsak till att vi har en bra hälso- och sjukvård och omsorg. Ett avgörande verktyg.

Vårdens resultat blir bättre när patienterna ges förutsättningar att aktivt medverka i sin vård och behandling. För att uppnå detta måste vi säkerställa att patienten får tillgång till information för att fatta nödvändiga beslut. Det kan handla om information och kunskap om sitt tillstånd, vilket slags vård som finns tillgänglig och var eller hur effektiva olika slags behandlingar är.

Här ser vi möjligheterna med HälsaFörMig, det personliga hälsokontot. Ett arbete påbörjat under kristdemokratisk ledning som förhoppningsvis inom en mycket snar framtid äntligen kommer att förverkligas. En lagringsplats för information som patienten själv bestämmer över.

E-hälsa kan stödja vårdens processer, men kan också hjälpa individer att undvika vården. Vi står inför en enorm utmaning när det gäller prevention av de stora folksjukdomarna. De friska ska hålla sig friska. Här finns en kraft i HälsaFörMig. Det kommer ge varje person möjlighet att lagra information som är intressant ur inte bara ett sjukvårdsperspektiv utan också sitt eget hälsoperspektiv.

### 1.3.1 Valfrihet och tillgänglighet

Vi kristdemokrater prioriterar valfrihet i och tillgänglighet till vården. Vårdval ger alla rätt att själva välja vårdgivare i öppenvården men för att kunna välja behövs ett beslutsunderlag och även här är e-hälsa som stöd till invånares beslutsfattande stort. Här ges möjligheter att förmedla information om vårdgivares resultat och kvalitet. Information är makt. Den makten vill vi överlåta till invånare och patienter. Genom att ta fram en invånaranpassad utgåva av rapporterna med öppna jämförelser och att publicera resultatdata från kvalitetsregister med patienter som målgrupp kan den enskilde få del av just den information som den behöver. Smarta tjänster kan knyta ihop processen från förskrivning till expediering. E-hälsa kan bidra till individers möjligheter att skaffa sig kunskap om sin hälsa och sin vård och fatta informerade beslut.

E-hälsa möjliggör också att vi kan följa upp vården och dess resultat, vilket skapar förutsättningar för en kunskaps- och evidensbaserad vård.

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

## 1.4 En etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare

Det är viktigt att medborgarna har god insyn – inte bara i vårdens och omsorgens kvalitet, utan också i vårdgivares ekonomi och de anställdas villkor. Nivån på öppenheten bör öka ytterligare och de etiska kraven på såväl offentliga som privata vårdgivare behöver förtydligas. Därför initierades under 2013 arbetet med en etisk

plattform med riktlinjer som alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare ska följa. Det övergripande syftet är att alla utförare – oavsett ägarstruktur och driftsform – ska kunna jämföras öppet och transparent.

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

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

## 1.5 Fond för idéburen vård och omsorg

Ibland ges intrycket att all offentligt finansierad välfärdsverksamhet som inte drivs av det offentliga drivs av stora internationella koncerner ägda av riskkapitalbolag. Så är inte fallet. På exempelvis skolområdet visade rapporten ”Mångfald eller enfald” från Timbro och Sektor3 för ett par år sedan att det ingalunda är så att dessa skolkoncerner står för all friskoleverksamhet i Sverige, utan 30 procent av eleverna i fristående skolor fanns vid denna kartläggning exempelvis i skolor som drivs av organisationer i det civila samhället – ideella organisationer, kooperativ, stiftelser etc. Men när fokus hamnar på vinstutdelning hamnar dessa aktörer – som står för mångfald och goda värden – lätt i skymundan då deras vinster återinvesteras i verksamheten.

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

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

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

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

Det offentliga måste tydligare inse det mervärde av mångfald och kvalitet som en verksamhet på en tydlig idémässig grund kan bidra med. Och denna insikt måste leda

till att konkret förbättra civilsamhällets organisationers möjligheter att bedriva välfärdsverksamhet.

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

Ideella aktörer kan ha en organisatorisk effektivitet och smidighet som liknar de vanliga företagens, samtidigt som de ofta har en tradition av mer öppenhet genom tydliga värdebaserade mål för sin verksamhet.

Vårt att notera är att Sverige skiljer ut sig avsevärt gentemot övriga västvärlden när det gäller inslagen av icke-vinstdrivande aktörer inom vård och omsorg. Betydligt lägre andel i vårt land drivs av icke-vinstdrivande ideella aktörer, än i snart sagt varje jämförbart land.

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

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

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

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

Vi vill därför genom en avsättning i fyra steg skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster. Vi avsätter 75 miljoner kronor för detta ändamål från och med 2017 samt 25 miljoner kronor för vardera året 2018–2020. En sådan fond skulle snabbt kunna motverka bristen på tillgång till kapital för dessa aktörer. Förutom en statlig avsättning till en sådan fond så skulle privata aktörer såsom banker kunna medverka i ett sådant initiativ. Detta skulle ge bankerna en möjlighet att bidra positivt till samhällsutvecklingen samtidigt som erfarenheterna sannolikt skulle kunna bidra till att bankerna i sin ordinarie verksamhet fick större förståelse för den ideella aktörens speciella villkor.

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



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

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

## 1.6 Århundradets sjukvårdsreform för en mer jämlik vård

### 1.6.1 Oförsvärliga skillnader mellan landsting

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

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

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

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

### 1.6.2 Förbättringar på kort sikt

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

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

Vi vill verka för att landstingen moderniserar vårdens ersättningssystem. Det handlar bland annat om att hitta ersättningsmodeller som premierar helhetskvalitet när det gäller både medicinskt resultat och patientupplevelse. Ersättningssystemen bör exempelvis också utformas så att ersättningen, när det är lämpligt, kan utgå även för kontakter via telefon och mail och inte bara fysiska besök. Vid upphandlingar bör uppdragstagarna inte bara konkurrera med pris utan också med kvalitet. Istället för att varje landsting på egen hand försöker utforma sina ersättningssystem bör de samarbeta för att gemensamt utforma system som bygger på bästa tillgängliga kunskaper. Dessa ska styra mot en jämlik vård av hög kvalitet med effektiv användning av vårdens resurser.

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

### **1.6.3 Förstatligande av sjukhusvården för att uppnå bästa kvalitet och en jämlik vård**

En av de viktigaste principerna för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska få vård på lika villkor. Trots detta finns det oacceptabla skillnader i medicinska resultat och kvalitet. Skillnader har funnits i årtionden och är ett problem som vi delar med alla jämförbara länder i världen men det är inte skäl att acceptera skillnader i framtiden. Våra kunskaper om både hur skillnaderna ter sig och orsakerna till dem har ökat genom bland annat satsningen på öppna jämförelser av vårdens resultat.

Medicinsk kvalitet och medicinska resultat skiljer sig åt såväl för de stora folksjukdomarna som för mer sällan förekommande diagnoser och behandlingar. Det är inte rimligt. Det finns dessutom exempel som visar att hälso- och sjukvården riskerar att förstärka ojämlikheter som beror på bland annat kön eller socioekonomisk bakgrund snarare än att jämna ut dem. Sannolikheten för högutbildade att behandlas med nya, dyrare läkemedel vid hjärtsviktsbehandling är till exempel större än för lågutbildade och personer som är födda utanför EU.

För 151 år sedan tog landstingen över ansvaret för vården i vårt land. Då var medicinerna få och inte särskilt verksamma, då var tekniken väldigt primitiv jämfört med i dag. Om vi skulle börja från början med att bygga upp Sverige politiskt och administrativt, skulle knappast någon föreslå att sjukvården bröts ut från allt annat och underordnades 21 åtskilda landsting. För att hela befolkningen ska få likvärdig tillgång till vård och för att de resurser vi lägger på vården ska användas så effektivt som möjligt är det inte rimligt att fortsätta i en sedan länge föråldrad ansvarsmodell.

I dag opereras även mycket sällsynta cancerformer på tjugotalet sjukhus. Det leder till att de som utför en viss typ av behandlingar inte får göra det tillräckligt ofta och därmed inte får tillräckligt med fortbildning. Bristen på fortbildning är påtaglig inom flera av sjukvårdens verksamheter och det påverkar kvaliteten. Den nyligen avlämnade utredningen SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa, pekar tydligt på de vinster, både för den enskilda patienten och för samhället, med en mycket mer koncentrerad vård.

Ett ökat statligt ansvar för vården behövs om vi alla ska få del av de stora framsteg som hela tiden görs. Ett förstatligande av sjukhusvården är ett viktigt led i detta. Vi föreslår därför att en parlamentarisk utredning tillsätts för att överväga olika vägar för att uppnå en effektivare, mer rättvis och jämlik vård, genom en mer ändamålsenlig uppgiftsfördelning mellan stat och huvudmän. Den demokratiska styrningen och den solidariska finansieringen av hälso- och sjukvården ska kvarstå.

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

#### **1.6.4 Statligt ansvar för ökad och mer likvärdig tillgång till läkemedel**

Under nuvarande regering har vi dock inga förhoppningar om att steg mot en förstatligad sjukhusvård kommer att tas. För patienternas skull kan vi dock inte vänta. Vi behöver ta reella beslut för en mer jämlik vård. Därför föreslår vi nu att arbetet påbörjas genom ett statligt ansvar för ökad och mer jämlik tillgång till läkemedel.

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

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

Den nuvarande strategin sträcker sig över åren 2016–2018, den handlingsplan som finns revideras därutöver årligen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen, tillsammans med de viktigaste aktörerna på läkemedelsområdet fortsätter därmed det arbete som påbörjades under kristdemokratisk ledning för att nå en säker, effektiv och jämlik läkemedelsanvändning. Som regeringen beskriver i statsbudgeten för 2017 så har den nationella läkemedelsstrategin även medfört att parterna samt övriga aktörer har enats om vilka insatser som måste prioriteras på läkemedelsområdet. Det gäller såväl vilka mål som ska uppnås och vilka aktiviteter som ska genomföras som hur arbetet ska följas upp och utvärderas. Där konstateras vidare att samarbetet också har ökat kunskapen om och förståelsen för vilka behov som finns, bidragit till att samordna det utvecklingsarbete som sker hos myndigheter, landsting och organisationer samt ökat samverkansytorna med andra initiativ och strategier. Av omkring 40 aktiviteter i strategins tidigare handlingsplaner har mer än hälften avslutats. Några aktiviteter har varit särskilt värdefulla eftersom de har bidragit till konkreta förbättringar på läkemedelsområdet.

Återkommande rapporteras om de utmaningar vi står inför med ökning av läkemedelskostnader. Inte minst brukar kostnader för säräkemedel lyftas fram. Läkemedel som har mycket höga kostnader för behandling av en enskild patient men där alternativen många gånger är avsevärt sämre utifrån resultat vad gäller livskvalité eller där inga alternativ finns. Samtidigt är det inte i huvudsak dessa läkemedel som står för den kostnadsökning vi kunnat se på senare år. En växande och åldrande befolkning hör till huvudorsakerna. Även om denna utveckling funnits under en längre tid kunde vi

se kostnaderna för läkemedelsförmånen minska under flera år fram till 2013 varefter de ökat igen. En av förklaringarna för senaste året är regeringens beslut att införa kostnadsfria läkemedel till barn och unga under 18 år från 1 januari 2016. Även att flera cancerläkemedel som tidigare hanterats utanför förmåner nu förskrivs inom förmåner är en delförklaring. Det är dock fortsatt så att läkemedelskostnadernas andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat och att den ökning vi ser är i lägre takt än vad som gäller för sjukvårdskostnader i övrigt.

Det fortsatta arbetet med framtagande av en nationell läkemedelslista är ett mycket viktigt led för att uppnå bättre säkerhet och trygghet i läkemedelshandlingen för patienten. Genom en nationell läkemedelslista kan den som ordinerar läkemedel, samt vissa andra yrkesutövare som deltar i patientens vård, få direktåtkomst till fullständiga uppgifter om patientens ordinerade och uthämtade läkemedel. Det ger ökad patientsäkerhet. Regeringens arbete släpar efter och det är oroväckande att vi nu nås av signaler om att arbetet kommer att fördröjas ytterligare.

Den nuvarande ordningen är inte tillräcklig för att uppnå en jämlik vård vad gäller tillgång till läkemedel. För att alla patienter i hela landet ska kunna få helt likvärdiga möjligheter att få tillgång till de bästa läkemedlen behöver den nationella styrningen öka. Det behövs ett samlat nationellt ansvar för att alla patienter på samma villkor ska få tillgång till läkemedel. Det är ett viktigt steg mot ett ökat nationellt ansvar för vården. För att ge ökad och mer jämlik tillgång till läkemedel avsätter vi därför 900 miljoner kronor årligen i vårt budgetalternativ för att staten ska kunna teckna en ny överenskommelse med SKL om ökad statlig medfinansiering av en snabbare och nationellt likvärdig introduktion av vissa nya läkemedel. Arbetsprocessen ska bygga vidare på arbetet inom den nationella läkemedelsstrategin för ordnat nationellt införande av nya läkemedel. Genom införande av nationell läkemedelslista, ett ökat statligt ansvar, ökad statlig finansiering och genom att dra nytta av det arbete som gjorts inom läkemedelsstrategin ges förutsättningar att ge fler tillgång till de bästa och mest verkningsfulla läkemedlen. Samtidigt kan den nationella läkemedelslistan förbättra förutsättningarna för att minska överförskrivning. Förskrivning av preparat som det redan idag finns tydliga rekommendationer för att de inte ska användas bör också upphöra. Ett uppdrag i enlighet med det sistnämnda bör därför ges till Socialstyrelsen.

## 1.7 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas

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

Myndigheten för vårdanalys har under 2015 utvärderat vårdgarantin. Utvärderingen visar att vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men att det finns stora skillnader mellan olika verksamheter – både inom och mellan landsting och vårdområden. Dessutom framkommer i utvärderingen att vårdgarantin inte riktigt når patienter med svårare och flera sjukdomar. En av rekommendationerna är därför att vårdgarantin breddas så att den inkluderar flera delar av vårdkedjan för att så sätt passa bättre för patienter med större eller mer komplexa vårdbehov.

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin bör fortsätta att utvecklas. Vi anser att vårdgarantins nuvarande tidsgränser 0–7–90–90 i ett första steg ska ersättas av en yttre

tidsgräns på 120 dagar som omfattar hela vårdkedjan, d.v.s. tiden från första kontakt, specialistbedömning, diagnos, provtagning, röntgen etc. till genomförd åtgärd. Om den individuella vårdplanen innefattar återbesök vill vi att det ska finnas en återbesöksgaranti i form av ett skriftligt åtagande i vårdplanen, där tidpunkten och formen för återbesöket anges.

## 1.8 Återinför kömiljarden

Regeringen avvecklade kömiljarden 2015 trots att Kristdemokraterna och flera andra varnade för konsekvenserna av detta. Enligt SKL:s öppna jämförelser har nu köerna ökat sedan kömiljardens avskaffande och även vårdgarantin har påverkats i negativ bemärkelse.

Den tidigare kömiljarden var en prestationsrelaterad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i landstingen. För att återigen få fokus på det viktiga arbetet med att korta köerna och öka tillgängligheten föreslår Kristdemokraterna att kömiljarden återinförs. Det skulle ge huvudmännen förutsättningar och drivkrafter att skapa mer sammanhållna vårdkedjor och öka vårdgivarnas helhetsansvar för patienten.

Patienter ska inte behöva vänta på vård mer än absolut nödvändigt. Dels för att minska lidandet för den enskilde, dels för att förhindra att tillståndet förvärras och i värsta fall leder till döden. Därför är frågan om att korta vårdköer och att öka tillgängligheten en anständighetsfråga. Undersökningar visar dessutom att patienter är mycket nöjda med bemötandet i vården men att de inte är lika nöjda med tillgängligheten. Vänsterregeringen ersatte kömiljarden med vad de kallar en professionsmiljard. De medel regeringen tillsatte har till stora delar ätits upp av de ökade kostnader för personal som regeringens skattepolitik har inneburit. Några andra effekter är dock svåra att se.

## 1.9 Vårdplatsgaranti

Antalet vårdplatser är något som ofta diskuteras i den sjukvårdspolitiska debatten. Att vårdplatser minskar i antal hänger delvis ihop med den medicinska utvecklingen. Exempelvis krävde operation av ljumskbräck en veckas sjukhusvård vid 90-talets början. Nu opereras dessa patienter oftast i dagkirurgi med radikalt bättre resultat och utan att patienten behöver läggas in vid sjukhus. Så ser det ut på område efter område. Allt fler patienter behandlas, med bättre resultat och med färre vårdplatser än tidigare.

Det betyder förstås inte att tillgången till vårdplatser alltid motsvarar behoven. Tidvis är bristen på vårdplatser och överbeläggningar ett mycket stort och allvarligt problem. Varje dag vårdas patienter i korridorer eller är utlokaliserade på avdelningar där den rätta kompetensen saknas. Det orsakar onödigt lidande och är både kostsamt och ineffektivt. Även arbetsmiljön påverkas negativt. Orsaken till vårdplatsbrist är mycket komplex och hänger ibland ihop med att det är brist på vissa personalkategorier, t.ex. sjuksköterskor. Förutom att säkerställa personalbemanningen är det viktigt att de patienter som inte är i behov av en vårdplats på sjukhuset kan ges vård på annan vårdnivå och att den som fått sjukhusvård så snart det är lämpligt och möjligt kan återvända till hemmet.

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

## 1.10 Kortare köer till akuten

En del människor upplever akutvården som en enda lång väntan på vård istället för ett akut omhändertagande. Det är viktigt att åstadkomma en bättre patientupplevelse och kortare väntetider också på akuten. Många landsting arbetar med akutvårdsgarantier och en förändrad organisation för att förbättra akutvården. Vi menar att det krävs flera åtgärder för att få den akuta vården att leva upp till sitt namn.

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

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

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

## 1.11 Patientansvarig läkare

Patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen år 1991. Syftet var att främja kontinuitet och patientens anknytning till en viss läkare. 2010 infördes dock en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att verksamhetschefen ska se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att verksamhetschefen ska utse en ”fast vårdkontakt” för patienten om det är nödvändigt, eller om en patient själv begär det. Det ersätter det tidigare kravet på att utse en patientansvarig läkare, PAL. Den fasta vårdkontakten behöver heller inte nödvändigtvis tillhöra sjukvårdspersonalen.

Enligt tidigare lagstiftning var vårdgivarna ansvariga för att tillgodose patienternas behov av samordning och kontinuitet i vården genom möjligheten att välja en fast läkarkontakt i primärvården och hälso- och sjukvården genom en patientansvarig läkare.

Tyvärr har resultatet blivit att det inte sällan saknas en läkare med ett övergripande medicinskt ansvar för patienter med svåra sjukdomstillstånd. Detta i sin tur skapar ett läge där patienter ”slussas runt” mellan olika vårdkontakter utan att någon har ett medicinskt helhetsansvar för patienternas hälsotillstånd. Dagens utformning av lagkravet har inte inneburit en ökad trygghet för patienten. Även personer med mycket allvarliga diagnoser som kan komma att leda till en nära förestående för tidig död vittnar om hur de slussas runt mellan olika läkare utan att veta vem de ska möta härnäst eller varför. Känslan av att vara ”ett fall” och inte en person med vårdbehov förstärks när helhetsansvaret saknas.

För att undvika situationer där patienter utsätts för otydligt ansvarstagande och för att skapa mer av trygghet och en patientsäker vård bör det tidigare systemet med patientansvarig läkare PAL återinföras i lagstiftningen. I samband med vård ska patienten ha rätt till en namngiven patientansvarig läkare (PAL) som sin fasta vårdkontakt. Bara om patienten aktivt avstår från detta kan det räcka med en samordnad vårdplanering (SIP) i den utformning som idag finns i lagstiftningen.

Det ska komma an på den patientansvarige läkaren att samordna de övriga specialiteter som patienten kan ha behov av oavsett om det är flera kompletterande fasta vårdkontakter eller vårdkontakter av mer tillfällig natur. Även om syftet med lagändringen 2010 var att öppna för ett mer flexibelt arbetssätt där den person i teamet som är bäst lämpad i det individuella fallet skulle utses till fast vårdkontakt så har detta för många patienter blivit helt otillräckligt. Därför föreslår vi att patientansvarig läkare återinförs och avsätter 300 miljoner kronor för vardera året 2017–2020.

## 1.12 Hemtagningsteam

Många äldre har flera sjukdomar samtidigt och behöver väl samordnade insatser från äldreomsorgen och sjukvården. Detsamma gäller för personer med svåra kroniska eller flera och återkommande sjukdomar och personer som drabbats av en allvarlig olycka. Trots att detta är väl känt i såväl kommuner som landsting så uppstår återkommande brister som i förlängningen leder till ökat behov av sjukhusvård och mer omfattande omvårdnadsinsatser. Dessutom innebär hemgången från sjukhuset efter en inläggning en stressfaktor såväl för patienten som för anhöriga, inte minst då det ofta i detta läge finns ett tillfälligt eller ett mer permanent ökat omsorgsbehov.

För den som bedöms vara redo att skrivas ut från sjukhuset så är mottagandet i den egna bostaden många gånger inte förberett på det sätt det behöver vara. Många av de patienter som berörs är äldre personer som sedan tidigare haft hemtjänst men där behovet efter utskrivningen är större. Andra har för första gången behov av hemtjänst eller behov av hjälpmedel och anpassning i hemmet för att klara vardagslivet. Inte sällan finns behov av att påbörja en intensiv rehabilitering i samband med utskrivningen från sjukhuset. Resan från sjukhuset görs ofta med sjukresa till ett hem som ropar tomt av ensamhet. Och även om anhöriga finns tillgängliga för att bistå så blir kontrasten mot sjukhusets ständigt tillgängliga och närvarande personal stor. Nycklar, mat, mediciner, anpassningar i boendet – det är många saker som måste fungera när du precis kommit hem från en sjukhusvistelse.

Vi vill underlätta hemgången från sjukhuset till det egna boendet genom att det införs hemtagningsteam. Det innebär att personal finns från att hemgången planeras, vid behov följer med i transporten hem, hjälper till vid ankomsten till bostaden, säkerställer att det finns mat, ordnar med läkemedel för de första dagarna och kanske gör en första anpassning av boendet. Hemtagningsteamet har också en nyckelroll för att den rehabilitering som behöver startas snabbt och intensivt kommer igång. Hemtagningsteamet ansvarar också för överlämning till den ordinarie hemtjänsten när sådan är beviljad eller övergången till egenvård med stöd av primärvården och i förekommande fall till de fortsatta övriga vårdkontakter som kommer att behövas. Hemtagningsteamet ska även kunna stå för ett stöd den första tiden till dess att vård och omsorg i hemmet fungerar tillfredsställande. Genom att underlätta hemgången från sjukhuset ökas tryggheten samtidigt som det minskar risken för snar återinläggning.

Ambitioner i denna riktning pågår redan i olika omfattning runt om i landet men det behöver finnas överallt och nå alla patienter. Vi anslår därför 500 miljoner kronor årligen till de kommuner och landsting som tar ett gemensamt ansvar för att förbättrad trygghet vid hemgång från sjukhuset ska uppnås.

Hemtagningsteamet kan bestå av undersköterskor, arbetsterapeuter eller fysioterapeuter. Initialt kan det uppstå nya kostnader för landsting och kommuner genom ökade kostnader vid varje hemtagning. Erfarenhet från exempelvis Eksjö lasarett visar dock att eftersom återinläggningarna minskar blir det sammantaget inte ökade kostnader. Istället leder detta arbetssätt till en ökad trygghet och en bättre vård och omsorg som sammantaget kan komma att ge lägre kostnader för det offentliga.

### 1.13 Bättre förutsättningar för vårdpersonal

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

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

De förbättrade resultaten i svensk sjukvård talar starkt för vinsterna för patienterna av kvalitetsregister och öppna jämförelser. Därför är också de svenska patientorganisationerna tillskyndare av kvalitetsregister eftersom deras medlemmar gynnas. Stat, landsting och kommuner måste utveckla sina samarbetsformer för att stödja standardisering och kunskapsuppbyggnad på kvalitetsregisterområdet. Vi anser att en nationell upphandling av en gemensam teknisk plattform för kvalitetsregistren bör genomföras i samverkan mellan huvudmännen och staten. Det är inte god resursplanering att kvalificerad vårdpersonal måste ägna tid åt uppgifter som skulle kunna göras mycket bättre av annan personal, t ex att jaga vårdplatser eller ringa in extra personal. För att inte olika typer av kontrollsystem och uppföljningar ska ta en



ökande del av arbetstiden för de vårdande professionerna bör varje införande av ett sådant kritiskt granskas och diskuteras. Uppgifter som kan läggas på t ex administrativ personal ska inte läggas på vårdpersonal. Vårdens administrativa och logistiska stöd behöver ses över och goda exempel ska spridas och premieras. Vi förordar också en kartläggning och en nationell åtgärdsplan för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

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

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

## 1.14 Vårdserviceteam i vården och äldreomsorgen

För många som arbetar inom vården är idag arbetssituationen pressad. Sjuk- och undersköterskor vill ge en mer kvalitativ vård men allt för ofta måste vårdpersonal kompromissa med de egna värderingarna, ambitionerna och visionerna om hur jobbet ska utföras. Skälet är ofta brist på tid. Det behövs tid för att kunna se patientens vårdbehov och tid för att fatta de rätta besluten. Men också tid för att hålla i handen, trösta och stödja.

För att förbättra kvaliteten i vården behövs fler händer. Det krävs också att vi använder resurserna på rätt sätt, att varje personalkategori gör det som de är utbildade för. Genom att anställa fler som kan arbeta med den service som är en nödvändig och viktig del av vården kan vi frigöra mer tid för omvårdnad av varje enskild patient.

I nuvarande struktur och så som personalen idag arbetar bedöms att det uppskattningsvis kommer att behöva rekryteras 129 000 undersköterskor och 38 000 sjuksköterskor till år 2022. På Karolinska sjukhuset som infört vårdserviceteam frigjordes 800 arbetstimmar varje vecka för vårdpersonalen genom att en serviceorganisation fick ansvar för alla patienttransporter. Nästan var tionde plats inom sjukhusvården upptas idag dessutom av en patient som vårdas för en vårdrelaterad infektion. Med servicepersonal som kan koncentrera sig på städningen kan kvaliteten öka och riskerna för vårdrelaterade infektioner minska samtidigt som vårdplatser frigörs för andra patienter.

Kristdemokraterna vill därför att vårdpersonalen avlastas från de arbetsuppgifter som är viktiga för att omvårdnad ska fungera men som inte kräver en lång vårdutbildning – så kallad vårdnära service. I vårt budgetalternativ föreslår vi en bred satsning för att alla vårdgivare ska kunna anställa renodlad vårdservicepersonal på landets sjukhus och i primärvården. Vi avsätter 1,1 miljarder kronor i stimulansmedel vilket kan ge 6 200 nya servicetjänster och därmed drygt 12 000 fler händer i vården.

Arbetsuppgifterna kan exempelvis handla om att servera mat och plocka undan disk efter måltider, att sköta förråd, transporter av patienter och prover mellan olika avdelningar, samt andra administrativa uppgifter som inte kräver en lång vårdutbildning.

Staten ska träffa en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting där villkoret för att ett landsting ska få del av pengarna är att de undertecknar

överenskommelsen och kan uppvisa en trovärdig plan för hur de nya tjänsterna ska skapas. En del betalas ut till vårdgivarna i förskott och resterande del när de kan uppvisa resultat.

Även inom äldreomsorgen finns arbetsuppgifter som utförs av personal med en längre vårdutbildning som med fördel istället skulle kunna utföras av en annan yrkeskategori. Vi avsätter därför ytterligare 500 miljoner kronor för vårdserviceteam i äldreomsorgen.

### 1.15 Fler utbildningsplatser för läkare, sjuksköterskor och barnmorskor

Trots att det aldrig funnits fler anställda sjuksköterskor och läkare så råder ändå en stor personalbrist. I Arbetsförmedlingens lista över bristyrken är sju av de topp 20 listade bristyrkena yrken inom specialiserade vårdprofessioner. Det gäller främst olika specialistsjuksköterskor. Även inom flera av Vårdförbundets yrkesgrupper finns stor brist på arbetskraft. Såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har återkommande pekat på att bristen på kompetent personal utgör en patientsäkerhetsrisk. Det omfattar såväl den somatiska som den psykiatriska vården. I flera av sina tillsynsärenden pekar IVO på att brister i bemanning medför svårigheter att leda och styra verksamheter. Svårigheter med rekryteringar har lett till bemanning med tillfälligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal. I IVO:s tillsyn framkom exempelvis att en vårdcentral hade 1,75 fasta läkare på 8 tjänster. En annan vårdcentral med sex tjänster hade endast tillgång till en tillsvidareanställd läkare med 50 procent tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

Även om det förekommer att utbildad vårdpersonal söker sig till andra yrken så finns många kvar. Av utbildade sjuksköterskor finns 91 % kvar i yrket efter fem år, 87 % är kvar efter åtta år. Mer behöver göras för arbetsmiljön så att ännu fler är kvar och framförallt är det viktigt när det gäller erfaren personal. Sjukvårdshuvudmännen har här ett mycket stort ansvar för arbetsmiljön och för att personal med en längre sjukvårdsutbildning ska arbeta med det de är utbildade för.

För att åtgärda kompetensbristen har antalet utbildningsplatser till olika vårdutbildningar byggts ut under flera år. Även i år fortsätter den utbyggnaden. Vi bedömer dock att behoven är ännu större än vad som kan ges med det utrymme som anges i regeringens budget. Vi avsätter därför ytterligare 50 miljoner kronor 2017, 100 miljoner kronor 2018, 150 miljoner kronor 2019 samt 200 miljoner kronor 2020 för att bygga ut antalet platser inom framförallt specialistutbildning för vårdpersonal. Särskilt viktigt är behovet av fler utbildningsplatser inom psykiatrin, inte minst behovet av kompetens avseende behandling av personer med posttraumatiska stressyndrom, PTSD, kommer öka de kommande åren mer än vad som tidigare förutsågs.

### 1.16 Nordiskt samarbete om högspecialiserad behandling inom hälso- och sjukvården

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

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

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

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

För att konsolidera samarbetet och stötta ländernas strategiska bedömning av var det finns potential för ett nordiskt samarbete förde Bo Könberg, i den rapport han tagit fram på uppdrag av Nordiska ministerrådet i juni 2014, fram förslag om en beredningsgrupp för högspecialiserad behandling i Norden. Detta är förslag i en riktning som vi stödjer. Beredningsgruppen ska stötta länderna i deras kontinuerliga bedömning av var de kan skapa vinster genom att delta i ett nordiskt samarbete om konkreta högspecialiserade behandlingar, till exempel genom att samarbeta om inköp av dyr teknologi samt underlätta arbetet med att sjösätta nya samarbetsinitiativ.

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

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

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

## 1.17 En förbättrad förlossningsvård

Den svenska förlossningsvården har goda medicinska resultat. Men så länge som kvinnor upplever en otrygghet inför sin förlossning har vi inte lyckats helt och fullt.

Förlossningsvården har unika förutsättningar då den skiljer sig från annan vård. I normalfallet rör det sig om en frisk kvinna som kommer för att föda ett friskt barn. Vårdens uppgift är då att erbjuda stöd och trygghet samt ge smärtlindring och att när barnet är fött kontrollera att det mår bra och ge ett inledande stöd till de nyblivna föräldrarna. Men även om de flesta gravida kvinnor är friska och de flesta barnen föds friska så är en förlossning alltid riskfylld. Att det finns ett mycket kompetent medicinskt team redo vid förlossningen om något går fel kan vara avgörande för liv och död. Detta är en mycket viktig parameter för att avgöra var förlossningsvården ska finnas. Även om närhet många gånger uppskattas av havande föräldrar så kan det utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv ibland vara befogat att samla förlossningsvården till platser där också neonatalvård kan ges.

Även om förlossningsvården till del är planerad, kan vi med framförhållning och noggrannhet beräkna hur många förlossningar som kommer att äga rum i ett visst område en viss månad. Men den enskilda förlossningen är alltid akut och går inte att planera på samma sätt som andra lika stora medicinska insatser på ett sjukhus. Det går dessutom sällan att förutse hur långvarig den enskilda förlossningen kommer att bli då det skiljer sig från någon enstaka timme till flera dygn. Förlossningsvården går av naturliga skäl inte att styra till tider på dygnet eller året då det skulle vara optimalt utifrån planeringsperspektiv. Så även om kvinnoklinikerna försöker arbeta med god framförhållning och ha tillräcklig kapacitet i beredskap händer det att en förlossning måste genomföras på ett annat sjukhus än vad föräldrarna hade önskat och planerat. I största möjliga mån ska detta såklart undvikas. Det är viktigt att sjukvårdshuvudmännen tar ett stort ansvar för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att den födande inte ska behöva hänvisas till ett annat sjukhus.

80 procent av landstingen har idag svårt att rekrytera personal till förlossningsvården. Så har det varit i många år vilket tyder på strukturella problem i svensk förlossningsvård. Ökad stress gör att färre barnmorskor vill tjänstgöra inom förlossningsvården. Situationen är särskilt utmanande under sommarmånaderna då antalet förlossningar är högt samtidigt som personal både önskar och har rätt till semesterledighet, men det begränsas inte till sommaren. Detta kan lätt leda till en negativ spiral där fast personal får en allt tyngre arbetsbörda vilket i sin tur leder till att stressen ökar än mer och än fler hoppar av yrket. När erfarna barnmorskor lämnar sjukhusen försämras dessutom förutsättningarna för nyutbildade barnmorskor att skolas in och vårdkvaliteten sjunker.

För att varje födande kvinna ska kunna känna sig trygg med att det finns en barnmorska tillgänglig under hela förlossningen och att hon har en plats på förlossningen när det är dags att föda behövs ett tydligt ledarskap och en långsiktig strategi för att säkerställa en stabil situation. Genom en god personalpolitik och det politiska modet att erbjuda vård där patientsäkerheten är som störst kan både tryggheten hos de blivande föräldrarna öka och förlossningsskador i ännu högre grad undvikas. Vi avsätter 100 miljoner kronor för vardera året 2017–2020 för att stärka kvaliteten i förlossningsvården.

## 1.18 Vård av asylsökande med svåra trauman

Enligt budgetpropositionen är det långa väntetider i flera delar av landet gällande vård som är anpassad för asylsökande som har påverkats av upplevelser, trauman och andra risker under flykten. Med anledning av det mycket stora antalet asylsökande som kom

under hösten 2015 ökar troligen belastningen på traumacenter för krigs- och tortyrskadade. Regeringen föreslår att en satsning görs på denna vård med 40 miljoner kronor årligen. Kristdemokraterna anser att det behövs ytterligare 40 miljoner kronor årligen för att säkerställa att denna vård finns tillgänglig för alla som kan vara i behov av den, och så fort som möjligt.

## 1.19 Flera missriktade satsningar från regeringen

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

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

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

Studier och intresseorganisationer såsom Cancerfonden menar att det är viktigt med information på andra språk för att nå de grupper som finns i socioekonomiskt svaga områden. Förbättrad information är därför en insats som i större utsträckning når rätt grupp. Tillgänglighet påverkar också deltagandet enligt forskning. Det har funnits försök med ambulerande screeningcentraler som har visat sig vara positiva. Det är också tydligt att påminnelser om undersökning har varit viktiga för att öka deltagandet. Den studie som genomförts av utvecklingen i Stockholms län visar tydligt att just utebliven påminnelse också minskar antalet besök. Cancerfonden anför i sitt remissvar att möjlighet till ombokning samt inbjudans utformning är viktiga faktorer för att öka deltagandet. Att staten på detta sätt går in och intervenerar i en specifik patientavgift avseende screening samtidigt som landstingen har kvar det övergripande ansvaret kan

leda till önskade effekter. Det som landstingen får ersättning för att göra kan komma att prioriteras medan andra insatser som tidigare gjordes eller borde göras nedprioriteras. Det riskerar att öka ojämlikheten i motsats till vad som är syftet med åtgärden. Vi motsätter oss således inte per definition att screeningprogram blir avgiftsfria. Men avgiftens storlek och hur screeningprogram läggs upp ska beslutas som en helhet på en och samma beslutsnivå. Så länge landstingen är huvudmän så är det där beslut ska tas.

## 2 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg

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

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

- Införde en nationell värdegrund i socialtjänsten.
- Gav stöd till kommunerna för införande av värdighetsgaranti.
- Införde en parboendegaranti så att par som vill ska kunna fortsätta att bo ihop, när den ene behöver särskilt boende.
- Införde lagen om valfrihetssystem (LOV).
- Införde en lagstadgad skyldighet för kommunerna att erbjuda anhängigvårdare stöd.
- Satsade cirka 4 miljarder kronor för att förbättra och samordna vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.
- Införde heltäckande nationella uppföljningar av hur äldre själva ser på kvaliteten och tillgängligheten.
- Införde ett investeringsstöd för byggande av särskilda boenden och trygghetsboenden.
- Skärpte lex Sarah så att all personal är skyldig att rapportera om missförhållanden och misstanke om missförhållanden i verksamheten.
- Genomförde en stor utbildningssatsning för undersköterskor och vårdbiträden.
- Införde att IVO, Inspektionen för vård och omsorg, ansvarar för tillsynen.
- Införde ett nationellt system för öppna jämförelser.

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

### 2.1 En värdighetsgaranti i varje kommun

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

Varje person har egna kunskaper och erfarenheter som det är värt att ta vara på och ta hänsyn till. Det egna valet, inflytande över de insatser som ges, ett värdigt bemötande, ett tryggt boende och närhet till läkarkontakter ska tillgodoses inom äldreomsorgen. Kristdemokraterna vill därför att varje kommun ska ha en värdighetsgaranti i äldreomsorgen. Vi avsätter 200 miljoner kronor för vartdera året 2017–2020 för detta ändamål.

## 2.2 Äldreboendegaranti

Att bygga ett samhälle där alla kan åldras i trygghet och värdighet är ett av välfärdspolitikens mest angelägna mål. Alltför många känner bristande tilltro till samhällets förmåga att garantera trygghet och oberoende på äldre dagar. Det måste mötas med politiska lösningar som tar hänsyn till våra olikheter och våra olika behov. Därför vill vi införa en äldreboendegaranti som garanterar varje person över 85 år en lagstadgad rätt att få en plats på ett särskilt boende, trygghetsboende eller serviceboende när och om de så vill.

Många eftersträvar att bo kvar i sitt hem så länge som möjligt. Det välkända skänker trygghet. Därför är kvarboendepincipen inom äldreomsorgen i grunden god. Att kunna få hjälp i sitt eget hem, så länge som önskas, är en viktig välfärdsambition. Människor ska inte tvingas in på ett boende, och inte heller ska den som inte längre är trygg i hemmet förhindras att få en plats i ett äldreboende.

Det finns berättelser om äldre som beskriver sitt hem som ett fängelse, ett hem som de tidigare har älskat. Anhöriga som beskriver sin oro över att inte veta hur det har gått för pappa eller mamma under dagen. En ständig stress över att inte kunna vara där men inte heller veta om någon annan har varit där. En del har försökt att få ett äldreboende för sin förälder eller sin livskamrat men inte lyckats.

Att flytta till ett särskilt boende, trygghetsboende eller serviceboende är inte något som en äldre person gör i onödan. Skälen till att vilja flytta till ett boende är förstås ofta medicinska, när behovet av praktisk hjälp med vård och omsorg i vardagen blir så påtagligt att hemtjänst inte längre är det bästa alternativet. Men det finns också en stor grupp äldre som upplever otrygghet och ensamhet och därför behöver en annan boendeform. Vi vill i lag garantera att denna möjlighet erbjuds alla över 85 år.

Med allt fler äldre ökar behovet av fler och olika typer av äldreboenden. Trots att alliansregeringens investeringsstöd som infördes 2007 resulterade i öppnande av 10 000 nya platser på äldreboenden så har antalet platser totalt minskat. Därför är det inte längre alltid den enskildes behov som styr utan tillgången till äldreboenden och kommunens prioriteringar. En färsk rapport från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar dessutom att inte ens de som fått beslut om att de ska få plats på särskilt boende faktiskt får möjlighet att flytta in. Myndigheten befarar att det också finns kommuner som försöker övertala äldre att ta emot mer hemtjänst, i stället för att ansöka om särskilt boende. Kommunens planeringsförutsättningar sätts framför den äldres behov och vilja. Så byggs inte en värdig äldreomsorg. Därför är det rimligt att sanktionsavgiften höjs för de kommuner som inte följer beslut om särskilt boende eller ett anpassat boende. Vårt förslag om en äldreboendegaranti innebär att beslutet att flytta till ett särskilt boende, trygghetsboende eller äldreboende helt ska vara den enskildes. Kommunens ansvar är inte att bestämma var den omsorgsbehövande ska bo. Deras ansvar är att se till att det finns platser för dem som behöver det. Det kommer att kräva att fler boenden byggs.

En äldreboendegaranti utan äldreboenden är inte värd något. För att klara löftet om en äldreboendegaranti behövs fler och olika typer av äldreboenden. Stimuleringsmedel för att det i kommunerna ska byggas äldreboenden måste därför kvarstå och utökas samtidigt som ambitionen i kommunerna måste höjas. Vi anslår därför 450 miljoner kronor under 2017 för att fler bostäder ska byggas, vilket är 150 miljoner utöver regeringen, samt 400 miljoner kronor för att äldreboendegarantin ska sjösättas.

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

## 2.3 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen

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

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

Kristdemokraterna vill förlänga Omvårdnadslyftet för att fortsätta stärka både den grundläggande och den specialiserade kompetensen bland personal inom äldreomsorgen. Genom Omvårdnadslyftet ges äldreomsorgens medarbetare möjlighet att vidareutbilda sig och skaffa specialistutbildning. Samma möjligheter behöver ges till andra personalkategorier som har med äldre personers vård och omsorg att göra. Utvärderingar visar att Omvårdnadslyftet har höjt kompetensnivån bland dem som arbetar inom äldreomsorgen. I budgetpropositionen står det: ”Flera kommuner menar att satsningen har varit positiv eftersom man kunde genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkludera fler medarbetare än vad ekonomin annars tillåter. Socialstyrelsens bedömning är att utvecklingen av kvalificerad personal inom äldreomsorg går åt rätt håll.” Trots detta positiva resultat slopade vänsterregeringen just denna satsning. Vi satsar totalt 200 miljoner kronor på att återinföra Omvårdnadslyftet för vartdera året 2017–2020 och avvisar samtidigt regeringens kompetenssatsning inom utgiftsområde 16.

Ett gott ledarskap är viktigt för att öka motivationen och locka fler till äldreomsorgen. Vi vill därför satsa på ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer. Vi avsätter 50 miljoner kronor för vartdera året 2017–2019 för detta ändamål.

## 2.4 Fler händer i äldreomsorgen

Regeringen har infört en personalsatsning för att anställa fler till äldreomsorgen. Kristdemokraterna har tidigare motsatt sig satsningen eftersom den har inneburit neddragningar av andra mycket viktiga reformer såsom demensplan, äldreboendegaranti, måltidslyft m.m. inom äldreomsorgen. I vårt budgetalternativ återinför vi samtliga satsningar som regeringen har slopat och vi satsar dessutom på fler händer i äldreomsorgen. Regeringens personalsatsning för äldrevården är bara tillfällig



och upphör efter 2018. Deras skattepolitik innebär dessutom avsevärt högre personalkostnader för bland annat äldreomsorgen. Kristdemokraterna ser inte skäl att tro att behoven inom äldreomsorgen kommer att ha minskat om två år. Förutom att vi matchar regeringens satsning, varav 500 miljoner kronor specificeras för vårdserviceteam i äldreomsorgen för 2017 och 2018, så satsar vi dessutom 1,5 miljarder fortsatt under 2019 och 2020.

## 2.5 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen

Äldres mat och måltider bör ges ökat fokus eftersom mat, livskvalitet och välbefinnande hänger ihop. Idag får omkring 60 000 äldre personer mat levererad hem. Vi vill utöka valfriheten inom äldreomsorgen till att omfatta hemsänd mat. Vi vill även se bättre möjligheter till hemlagad mat, både i särskilt boende och när du bor kvar hemma med hemtjänst. Därför vill vi genomföra ett nationellt måltidslyft som riktar sig till äldreomsorgen. Satsningen möjliggör för kommuner och fristående aktörer som driver äldreomsorg att söka stimulansbidrag för att utveckla och förbättra kvaliteten på måltiderna och för ökad delaktighet. Vi avsätter 100 miljoner kronor för ett måltidslyft inom äldreomsorgen för vardera året 2017–2020.

## 2.6 Stärk det sociala innehållet i äldreomsorgen

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

Det finns ingen entydig beskrivning av begreppet socialt innehåll och det kan även innebära olika saker för olika personer. I en rapport från Famna 2012 framkommer följande som exempel på socialt innehåll: att få känna sig behövd, värdigt liv efter personens önskemål, dialog med anhöriga, delaktighet i vardagen och omvärlden, guldkant, meningsfullhet, vänligt bemötande och samvaro.

För att stärka det sociala innehållet i äldreomsorgen avsätter vi 150 miljoner kronor 2017. Resurserna ska användas för att ta fram program i varje kommun som på ett strukturerat sätt visar hur ett bättre socialt innehåll i äldreomsorgen ska genomföras. Arbetet ska komma alla verksamheter till del oavsett i vilken driftsform insatsen sedan kommer att utföras. Samverkan med det civila samhället uppmuntras. Varje kommun erhåller 500 000 kronor årligen 2017 och 2018 samt 5 miljoner kronor årligen till SKL för stöd och samordning. För åren därefter ökar beloppen vilket gör att det 2020 är det dubbla. Ersättningen ges lika oavsett kommunens storlek.

## 2.7 Geriatriska centrum i tre regioner

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

Kristdemokraterna föreslår ett statligt stöd till upprättandet av geriatriska centrum i tre regioner i Sverige. Uppgiften för dessa centra bör vara att ge förutsättningar för klinisk forskning, utbildning, vård och rehabilitering och samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård. De delar som berör praktisk vård- och omsorgsverksamhet vid dessa centra förutsätter överenskommelser och intresse från berörda huvudmän. Vi avsätter 180 miljoner kronor för vardera året 2017–2020 för detta ändamål.

## 2.8 Satsning på de mest sjuka äldre

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

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

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

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

## 2.9 Vård av och omsorg om demenssjuka en ödesfråga

Kristdemokraterna anser att vården och omsorgen av demenssjuka är en ödesfråga. Antalet demenssjuka kommer fortsatt öka under de närmaste åren.

De människor som drabbats av demenssjukdom är särskilt utsatta. En välfungerande demensvård är därför en av grundförutsättningarna för en fungerande äldreomsorg. Alla med misstänkt demenssjukdom ska ha rätt till utredning, diagnos och behandling. Detta kräver i sin tur kompetent, välutbildad och välmotiverad personal. Forskning på demensområdet har visat att relationen till vårdpersonalen är bland det allra viktigaste i vården av demenssjuka. Därför ska medarbetarna i vård och omsorg ges både tid och resurser och specifik kunskap om demenssjukdomar för att de ska kunna skapa en så bra demensvård som möjligt.

Vi vill ta fram en nationell demensplan i syfte att främja ökade kunskaper om demenssjukdomar och spridningen av kunskaperna. Den ska dessutom bidra till en effektivare användning av befintliga resurser t.ex. genom forskningssamarbeten,

framtagande och spridning av bättre verktyg för arbetet vid exempelvis utredning och diagnostik, i vård och omsorg eller för stöd till anhöriga. Vi avsätter 100 miljoner kronor för att en nationell demensplan tas fram.

### 3 Krafttag mot psykisk ohälsa bland barn och unga

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

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

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

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

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

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

Kristdemokraterna välkomnar att regeringen har utsett en samordnare för psykisk hälsa och att Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor har givits i uppdrag att genomföra en jämställdhetsinsats med fokus på ungas psykiska hälsa, trygghet och välbefinnande.

### 3.1 Satsning på första linjens sjukvård

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

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

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

Elevhälsan måste rustas långsiktigt för att bättre kunna möta och stödja barn och unga med psykisk ohälsa. Kristdemokraterna föreslår att en elevhälsogaranti införs så att eleverna ska kunna komma i kontakt med elevhälsan inom ett dygn. Vi avsätter därför totalt 380 miljoner kronor för detta ändamål. Det innebär i förlängningen också att resurser inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri kan frigöras och användas för de barn och unga som har mer omfattande behov.

### 3.2 Korta väntetiderna till BUP

Barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning var vi pådrivande för en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Vi arbetade även med att korta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri bland annat genom överenskommelser med SKL och genom prestationsbaserat medel. Det kan vara förödande för ett barn eller en ung person att behöva vänta i flera månader på att få hjälp. Vi vill därför korta väntetiderna till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ytterligare. Vi avsätter 250 miljoner kronor för detta ändamål.

### 3.3 En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri

När en ung, sårbar person ska byta vårdmiljö måste personen alltid vara i centrum och utifrån det ska verksamheten samordnas. En ungdom som är i behov av hjälp och stöd ska slussas rätt oavsett vart han eller hon vänder sig vid sitt första besök. När ett barn eller en ung person har behandlats på BUP försvåras ofta de följande insatserna på grund av att du byter organisation när du fyllt 18 år. Om ungdomar inte kommer vidare till vuxenpsykiatri trots att behov finns är det allvarligt. För att säkerställa att ungdomar får den vård de behöver och inte tappas bort mellan BUP och vuxenpsykiatri krävs det att överföring av kunskap och möjligheten att följa förloppet

säkerställs. Detta görs på bästa sätt genom ökad samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatri. Vi måste arbeta med att göra övergången från BUP till den specialiserade vuxenpsykiatri så smidig som möjligt för patienten så att inte hälsotillståndet riskerar att försämrans. Vården måste också utformas så att den unge vuxnes behov kan tillgodoses, vilket inte alltid fungerar i den reguljära vuxenpsykiatri.

### 3.4 Kartlägg orsakerna till den ökande psykiska ohälsan

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

Vi vill också att det genomförs en bred utredning för att kartlägga och undersöka orsakerna till den ökande psykiska ohälsan samt komma med förslag till åtgärder. Några säkra svar på vad som är orsak till den mörka utvecklingen finns inte idag. Vi vill ta fram en handlingsplan med bland annat förebyggande åtgärder. Denna handlingsplan kan även omfatta arbetet med första linjens sjukvård i kommuner och landsting. Vi avsätter 20 miljoner kronor för att en kartläggning av orsakerna till den ökade psykiska ohälsan ska genomföras.

### 3.5 Kommunen ska vara skyldig att tillhandahålla föräldrastöd

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

## 4 Anhörigvård

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

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

### 4.1 Biståndsbedömning av anhörigas behov

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

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

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

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

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

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

## 4.2 Rätt till tjänstledighet

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

Kristdemokraterna anser att denna fråga är värd att pröva.

## 4.3 VAF-dagar

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

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

## 5 Tandvård för alla

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

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

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

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

Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationssatsning kring tandvårdsförsäkringen.

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

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

### 5.1 Tandhälsan bland barn och unga

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

Enligt Socialstyrelsen är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även där tandvården är fri för barn och unga innebär det ändå att dessa barn och ungas tandhälsa är sämre. Det avgörande för en vuxens

tandhälsa är hur tänderna sköts redan som litet barn. Tandvården är fri upp tills du fyller 20 år i Sverige. Regeringen föreslår att denna avgiftsfrihet förlängs ytterligare till 21 år, 22 år respektive 23 år. Kristdemokraterna delar inte denna uppfattning eftersom den är svår att motivera i dagsläget. Där kostnadsfriheten ökats till fler årskullar har de önskade effekterna uteblivit trots den avsevärda kostnad det innebär för skattebetalarna. Inriktningen på arbetet med att säkerställa en god tandhälsa för ungdomar måste istället ligga mycket tidigare, redan när de är barn och genom att arbeta med deras föräldrar. Hur ofta någon besöker tandvården kan nästan sägas gå i arv från förälder till barn. Det är alltså flera andra faktorer som kan påverka besöksfrekvensen hos tandvården som är svårare att komma åt. För trots att tandvården för barn och unga under 20 år avgiftsfri och att stödet till tandvård har ökat sedan 2008 är besöksfrekvensen i princip oförändrad sedan dess. Det tyder på att vi måste arbeta med denna problematik på andra sätt.

## 6 Apotek och läkemedel

När vi kristdemokrater tog över ansvaret för apoteken 2006 så låg Sverige i OECD-områdets botten i fråga om antal apotek per invånare. År 2009 genomförde vi en omreglering av apoteksmarknaden. Sen dess har antalet apotek ökat med över 40 procent. Samtidigt har öppettiderna ökat med i genomsnitt tio timmar per vecka. Förbättringen har skett i hela landet samtidigt som det blivit möjligt att köpa huvudvärkstabletter, nässpray, allergimedicin och många andra receptfria läkemedel i tusentals vanliga butiker.

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

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

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

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

Mot denna bakgrund är det angeläget att apoteken fortsätter att utvecklas. Apoteken har en viktig roll att spela för både folkhälsa och bättre läkemedelsanvändning. Med den



höga kompetens som finns på apoteken, finns också en potential att genom nya tjänster avlasta primärvården. En sådan utveckling pågår i andra länder och bör aktivt främjas även i Sverige.

Cirka 95 procent av receptkunderna får alla sina läkemedel direkt när de kommer till apoteket, enligt statistik från Sveriges Apoteksförening. Resterande läkemedel beställs oftast för att kunna expedieras till kunden i enlighet med 24-timmarsregeln, som apoteken är skyldiga att hålla sig till. Apoteken lever upp till denna regel. Samtidigt har Sveriges Apoteksförening i sin branschrapport betonat problemet med att denna 24-timmarsregel endast gäller apoteken men att någon motsvarande skyldighet inte finns för de som ska distribuera läkemedlet till apoteken. Vi anser att denna fråga bör ses över i syfte att förbättra förutsättningarna för apoteken att tillhandahålla läkemedel inom 24 timmar. Det handlar om att ställa krav på förbättrade beställnings- och leveranstider från de som distribuerar läkemedel till apoteken.

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

## 7 Medicinsk-etiska frågor

### 7.1 Nej till dödshjälp

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

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

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

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

Obotliga och ibland väldigt smärtsamma sjukdomar skrämmer människor. Det är ingenting någon vill uppleva eller se nära och kära drabbas av. Men sjukvården ska inte

ändra sitt fokus. Det handlar om grundläggande människosyn och människovärde, men också om värdighet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.2 Värdig vård i livets slutskede

### 7.2.1 Palliativ vård

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

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

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

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

Vi har i dag bättre kunskap om hur svårt sjuka personer kan behandlas och vi har stor tillgång till smärtstillande och ångestdämpande mediciner. Men att det finns bra forskningsrapporter och studier om goda smärtstillande metoder är ingen garanti för att den enskilde får en god vård. Det som är avgörande är att kunskapen och kompetensen omsätts i praktiken. För oss kristdemokrater är det en självklarhet att vården så snart som möjligt använder den nya kunskapen på området så att det kommer den enskilde till del.

### 7.2.3 Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda

psykologiskt och socialt stöd likaväl som stöd i andliga och existentiella frågor för patient och närstående.

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

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

### **7.2.4 Hospice – hemlik vård i livets slutskede**

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

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

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

## **7.3 Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning**

### **7.3.1 Assisterad befruktning**

Kristdemokraterna är emot en utvidgning av lagstiftningen om assisterad befruktning till att även gälla ensamstående. Vi anser att förslaget tar sin utgångspunkt i att vuxna har rätt till barn, inte barnets rätt till sina föräldrar. Alla barn har rätt till sina föräldrar, något som kommer till klart uttryck i barnkonventionen genom att barn i så stor mån det är möjligt har rätt att få veta vilka föräldrarna är och få omvårdnad av dessa. Kristdemokraterna kan därför inte medverka till en lag som på förhand utesluter barns rätt till den ena föräldern.

Pappors betydelse och roll för sina barn lyfts fram allt mer och barnets rätt till båda sina föräldrar har präglat de senaste årens lagstiftning, exempelvis reformeringen av vårdnadsreglerna. En övergripande ambition har varit att främja barnets goda kontakt med båda föräldrarna efter en separation. Detta är en viktig utgångspunkt i

lagstiftningen väl värd att värna. Med assisterad befruktning av ensamstående reduceras pappor till något överflödigt i barns liv. Att hänvisa till att det barn som tillkommit genom assisterad befruktning kan ges rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung då han eller hon fyllt 18 år är inte tillräckligt. Det åtagande vi gjort enligt barnkonventionen att barn så långt som möjligt ska ha rätt att känna till sina föräldrar och uppfostras av dem gäller under hela barnets uppväxt. Det kan inte kompenseras bara genom att få kännedom i vuxen ålder.

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

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

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

Barnets rätt till båda sina föräldrar speglar behovet av att skydda barnet och få ett utpekat föräldraansvar, inte minst ett försörjningsansvar. Barn som kommer till genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor har endast en rättslig förälder och en försörjare.

### 7.3.2 Mer forskning om barnen

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

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

## 7.4 Abort

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

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

Samhällets uppgift måste vara att genom förebyggande arbete såsom informationsinsatser minska oönskade graviditeter, samt att erbjuda bästa möjliga stöd för att inte praktiska, ekonomiska eller sociala svårigheter ska utgöra hinder för att fullfölja graviditeten. I detta sammanhang är det också centralt att arbeta för ett barnvänligare samhälle där föräldraskap på olika sätt underlättas och uppmuntras.

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

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

Det etiska dilemma en abort innebär är inte helt knutet till i vilken vecka aborten görs men fostrets ålder har likafullt betydelse. Dagens lagstiftning för hur sent en abort kan beviljas är inte reglerad utifrån en fast veckogräns utan styrs av huruvida fostret kan vara livsdugligt utanför livmodern. Ett foster som kan förväntas överleva får enligt lagstiftningen inte aborteras. I takt med medicinska framgångar som gör att vi kan rädda livet på allt yngre barn så närmar sig gränsen för när abort beviljas och den gräns när barn som föds för tidigt kan räddas. Det är av yttersta vikt att de som har att tolka lagen och beviljar sena aborter är ytterst noggranna i sina bedömningar och inte beviljar aborter på foster som har möjlighet att överleva. Det är också av största vikt att på alla sjukhus där barn föds för tidigt, oavsett om det är som effekt av en initierad abort eller en av kroppen utlöst för tidig födsel, så ska det finnas tydliga rutiner för omhändertagandet. Inget barn får lämnas att dö. Om den nyfödda inte har förutsättningar att överleva ska palliativa insatser vidtas för ett värdigt och i möjligaste mån smärtfritt avslut.

### 7.4.1 Etiska dilemman för personal i vården

Av Europakonventionens artikel 9 framgår:

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

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

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

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

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

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

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

## 7.5 Ungdomsmottagningar och preventivmedel

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

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

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

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

## 7.6 Fosterdiagnostik

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

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

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



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

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

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

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

## 8 Folkhälsofrågor

### 8.1 Förebygg ohälsa

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

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

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

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

### 8.1.1 Nationell strategi för astma och allergi

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

## 8.2 Alkohol, narkotika och tobak

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

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

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

Under lång tid har en minskning av totalkonsumtionen varit en bärande del i det alkoholpolitiska arbetet i vårt land och det har funnits en stark uppslutning kring detta. Det vetenskapliga grunden för att det är en central del i det förbyggande arbetet är

solid och det har funnits ett starkt politiskt stöd. I den förra strategin stod det tydligt formulerat redan i det övergripande målet: ”Målet innebär att förhindra all skadlig alkoholkonsumtion, bland annat genom att minska konsumtionen och skadliga dryckesvanor.”

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

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

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

### **8.2.1 En solidarisk och restriktiv alkoholpolitik**

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

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

### **8.2.2 Gårdsförsäljning av lokalproducerad alkohol**

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

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

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

### **8.2.3 Tobak och passiv rökning**

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

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

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

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

### **8.2.4 Tobaksanvändning bland ungdomar**

Enligt en undersökning genomförd av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har andelen tobaksanvändare bland elever i gymnasiet år 2 inte minskat lika kraftigt som i årskurs 9. Trots det, menar CAN, har nivåerna varit rekordlåga även bland dessa elever under de senaste åren. I den senaste undersökningen låg andelen frekventa rökare i årskurs 9 på omkring 3 % bland pojkarna 2015 och på 5 % bland flickorna (därtill var omkring 6 % av pojkarna och 9 % av flickorna

sporadiska rökare). Omkring 8 % av gymnasiepojkarna var frekventa rökare (och ytterligare 16 % var sporadiska rökare) och bland gymnasieflickorna var andelen frekventa rökare 11 % (ytterligare 16 % var sporadiska rökare). Från toppnoteringarna (2007 för pojkar, 2010 för flickor) då drygt 44 % av gymnasieeleverna rökte och/eller snusade så har det nu sjunkit till att 33 % av pojkarna och knappt 28 % av flickorna röker och/eller snusar.

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

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

### **8.2.5 Narkotika**

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

Ett av de långsiktiga målen i ANDT-strategin är att antalet döda och skadade på grund av narkotikamissbruk ska minska och prioriterat är att minska dödligheten bland ungdomar på grund av experimenterande med droger. Pågående åtgärder är bevakning av försäljningen av missbruksmedel via internet, klassificering av nya substanser, löpande uppföljning av den narkotikarelaterade dödligheten samt informationsinsatser för att öka kunskapen om cannabis negativa effekter på hälsa och social utveckling. Här kan särskilt nämnas Trestad2 där de tre storstäderna har arbetat med att minska användande av cannabis bland unga. Projektet gick ut på att utvärdera, konsolidera och utveckla verksamhet och insatser som redan fanns. Arbetet har resulterat i en större tydlighet i de metoder som används och pekat ut en del problem vilket ger möjligheter till vidareutveckling av insatser och en förbättrad implementering lokalt.

### **8.2.6 Missbruksvård**

Kristdemokraterna genomförde under regeringstiden flera åtgärder för att förbättra vården av missbrukare och beroende. Det omfattade bland annat krav på överenskommelser mellan huvudmännen som även omfattar läkemedels- och dopningsmissbruk och krav på upprättande av samordnade individuella vårdplaner. Brukarmedverkan har även stärkts genom att lagen anger att brukar- och närståendeorganisationer bör ges möjlighet att ge synpunkter på överenskommelserna mellan huvudmännen.

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

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

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

## 9 Föräldrastöd

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

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

### 9.1 Föräldrautbildning

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

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

Det finns en efterfrågan bland föräldrar om att kunna få prata och rådgöra med någon om föräldrarollen och barnets utveckling. Det befintliga utbudet av stöd motsvarar inte detta behov, inte minst vad gäller stödet till föräldrar med tonårsbarn. Vi vill därför öka tillgången till föräldrautbildning genom att göra det obligatoriskt för

kommunerna att erbjuda föräldrautbildning. Vi avsätter 76 miljoner kronor för detta ändamål till kommunerna. Folkhälsomyndighetens hälsoekonomiska beräkningar visar att det är kostnadseffektivt att satsa på föräldrastöd. Varje satsad krona på strukturerade föräldrastödsprogram ger 2 kronor tillbaka inom ett till två år. Även studier som två nationalekonomer genomfört för Idéer för livet visar på de såväl mänskliga som ekonomiska fördelarna med att satsa på tidiga insatser, fasta prioriteringar, långsiktighet och strukturell samverkan för att barn inte ska hamna i utanförskap. Föräldrarna är i detta sammanhang centrala, enligt författarna.

## 9.2 Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar

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

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

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

Familjerådgivningen fungerar bäst i ett tidigt skede innan alltför stora låsningar uppstår. För att så ska ske måste familjerådgivningen avdramatiseras exempelvis genom att denna möjlighet introduceras på ett tidigt stadium. När ett par blir föräldrar för första gången vill vi därför att de får en gratischeck till familjerådgivningen som de kan nyttja om de vill eller har behov. Tillsammans med denna check ska information finnas som beskriver vad familjerådgivningen kan erbjuda. Vi avsätter 80 miljoner kronor för detta ändamål för vartdera av åren 2017–2020.

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

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

efterfrågan och därmed tillgängligheten, i synnerhet för familjer med lägre inkomster. För att sänka trösklarna till familjerådgivningen föreslår vi därför att kommunerna maximalt ska ta 300 kronor för ett besök hos familjerådgivningen. Det motsvarar en vanlig kostnad för besök hos en specialistläkare. Frågan bör utredas vidare.

### 9.3 Familjecentral och öppen förskola

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

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

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

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

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

## 10 Social omsorg och socialtjänstfrågor

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



särskilt viktig. Barn som inte är trygga hemma är de mest sårbara och utsatta i samhället och de behöver samhällets stöd och skydd.

## 10.1 Barn som inte längre kan bo hemma

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

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

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

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

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

Hösten 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården. Uppgifterna publiceras på Socialstyrelsens hemsida och där kan jämförelser göras mellan den egna kommunen och grannkommunen eller med andra i länet och landet som liknar den egna och få inspiration till förbättringsarbete. Den senaste jämförelsen är från 2015.

## 10.2 Stärk socialsekreterarens kompetens och ansvar

Svensk socialtjänst och dess medarbetare utför ett viktigare och svårare arbete än de ibland får erkännande för. Att ytterligare stärka professionens ställning, kompetens och

auktoritet i det arbetet är därför en viktig politisk uppgift. Genom stöd och handledning och möjligheter till specialist- och vidareutbildning stärks kompetensen hos personalen i den sociala barn- och ungdomsvården. Vi stödjer den satsning som nu görs i syfte att förbättra för socialtjänstens arbete med barnärenden genom att öka bemanningen, kompetensen och kvaliteten.

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

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

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

### 10.3 Förbättrade förutsättningar för familjehemmen

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

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

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

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

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

Kristdemokraterna anser att det är av största vikt att skapa goda villkor och förutsättningar för familje- och jourhem samt att säkra att kvaliteten är så god som den någonsin kan vara. Det finns ett flertal frågor som behöver utredas i detta sammanhang, inte minst vad gäller rätt till tjänstledighet och villkoren för ersättning från socialförsäkringarna. Dessutom behövs det rekryteras fler familjehem av god kvalitet. Vi avsätter 40 miljoner kronor för en nationell kampanj för rekrytering av familjehem och gode män under 2017–2020.

## 10.4 Undvik omplacering av barn

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

Anknytning bör väga tyngre i ärenden som gäller placerade barn, särskilt i frågan om var ett barn ska bo. Domstolarna måste bli bättre på att beakta barnets perspektiv.

En översyn bör göras kring familjehemmens uppdrag och hur sammanbrott som resulterar i omplacering av barn kan undvikas.

## 10.5 Överväg vårdnadsöverflyttning oftare

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

### 10.5.1 Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras

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

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

## 10.6 Ensamkommande barn och unga

### 10.6.1 Krissocialjour för ensamkommande

De humanitära kriser som råder i världen har inneburit och innebär att de samhällsinstitutioner som ansvarat för mottagandet av asylsökande i Sverige har varit och alltjämt är under mycket hård press. Många kommuner har gjort bedömningen att de inte har förmått att leva upp till vad som krävs för att garantera rättigheterna för de som anländer. Särskilt allvarlig är situationen för de barn som har kommit.

Socialtjänster runt om i landet dignar under den ökade arbetsbördan. Fler socialsekreterare behöver rekryteras, fler familjehem behövs akut och gode män. Listan kan göras lång. Att resurser tillförs såväl kommuner som civilsamhälle är viktigt men inte tillräckligt för att hantera situationen. Ytterligare åtgärder krävs för att resurserna ska användas optimalt.

Allt eftersom pressen ökat på asylmottagningssystemet har avkall gjorts på de kvalitetskrav som tidigare funnits. Ett alltför stort tryck på vissa platser, som i vart fall tillfälligt påverkar ordinarie samhällsfunktioner negativt, riskerar också att leda till missnöje och motsättningar. Det behövs därför ett större och mer direkt statligt ansvarstagande.

Ensamkommande barn och unga som enligt avtal placerats i en kommun bor inte sällan i ett boende eller i ett familjehem i en annan kommun, ibland i närområdet men det kan också vara på en ort i en helt annan del av landet. Utredningar och uppföljning görs också utifrån metoder som utarbetats för barn med helt andra behov. Förutom att

det läggs resurser på fel saker innebär det att de faktiska behov som just dessa barn har riskerar att missas. Den nya boendeformen med stödboende är ett viktigt steg för att möta behoven och minska mottagningskostnaderna men det är inte tillräckligt, framförallt inte för de yngre ensamkommande barnen.

Sedan inflödet av nya ensamkommande flyktingbarn har sjunkit till ett fåtal i veckan har kommunerna kunnat gå tillbaka till de placeringsärenden som gjordes under mycket stor press under hösten och vintern. Det har resulterat i att platser har sagts upp som aldrig borde ha tecknats avtal med för att de inte håller tillräcklig kvalitet eller till och med helt saknar tillstånd. Kommuner har i vissa fall kunnat bygga upp egna verksamheter och därmed valt att omplacera barnen tillbaka till den egna kommunen. Till stora delar har detta arbete varit helt nödvändigt. Samtidigt har det för vissa enskilda barn inneburit ytterligare påfrestningar. Barn som börjat etablera sig i skola och med vänner i en miljö med vuxna de börjat känna tillit till har ännu en gång ryckts upp. Det finns en risk att den hårda ansträngning och de höga kostnader som kommunerna fortfarande har att hantera leder till att tillräcklig hänsyn inte tas i alla fall till det enskilda barnets bästa. Kommunerna behöver i än högre grad ta gemensamt ansvar att i samarbete försöka hitta lösningar som gör att uppbrott kan undvikas då det skulle vara till men för barnet.

I den uppkomna situationen och det läge som kommer att gälla under överskådlig tid krävs en annan ansvarsfördelning och nya arbetsformer. En nationell krissocialjour med särskilt ansvar för ensamkommande barn och unga bör inrättas under Statens institutionsstyrelse. Krissocialjouren ska finnas som en resurs för de kommuner som behöver avlastning i arbetet med ensamkommande. Den nationella krissocialjouren bör ha befogenhet och resurser att upprätta mottagningsboenden, rekrytera familjehem, gode män och särskilt förordnade vårdnadshavare samt kunna ansvara för familjehemsplacering och verka som stöd för de kommuner som upprätthåller funktionerna i egen regi eller i samverkan med andra kommuner.

En nationell funktion kan samla kunskapen om dessa barns och ungdomars behov och se till att den kunskapen kommer dem alla till del oavsett var i landet de hamnar. Nya riktlinjer för vilka krav som bör ställas på familjehem och gode män för dessa barn och ungdomar, samt riktlinjer för stödgruppsverksamhet för samma målgrupp, bör också tas fram nationellt. Med en nationell organisation kan resurserna optimeras samtidigt som riskerna för att barnens trygghet och rättssäkerhet åsidosätts minimeras. Genom inrättandet av en nationell krissocialjour ges också en välkommen avlastning till de kommunerna. Kristdemokraterna avsätter 10 miljoner kronor för att inrätta en krissocialjour. De medel som regeringen tillför Socialstyrelsen för att inrätta ett kompetenscentrum för ensamkommande överför vi till krissocialjouren som ska ha en samlad kompetens på området.

### **10.6.2 Lämpligt boende för ensamkommande barn och unga**

Kristdemokraterna anser att fler ensamkommande barn och ungdomar i första hand ska placeras i familjehem. Eftersom antalet familjehem är begränsat har Kristdemokraterna föreslagit att fler familjehem med beredskap att ta hand om dessa barn och unga ska rekryteras och utbildas. Vi avsätter 40 miljoner kronor för vardera året 2017–2020 för att nya familjehem och gode män ska rekryteras.

För de barn och unga som ändå inte kan beredas plats i ett familjehem är det viktigt att kommunen kan erbjuda annat lämpligt boende. Den nya typen av boende,

stödboende för unga mellan 16 och 20 år, som nyligen har införts är mycket välkommen. Tidigare var det endast möjligt att placera barn och unga i HVB-hem, vilket inte alltid varit lämpligt. Det nya stödboendet var från början i första hand tänkt för unga personer 18 år och äldre men kan, om särskilda skäl finns, även omfatta barn och ungdomar i åldern 16–17 år. Socialnämnden ska ha ett övergripande ansvar, och en noggrann bedömning ska göras utifrån det enskilda barnets eller den unges behov. Sedan i somras anger dock regeringen att de bedömer att en avsevärd andel även av barnen som är 16 och 17 år kommer att placeras i stödboende.

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

Kristdemokraterna anser att det är viktigt att en uppföljning görs av denna nya placeringsform och att tillsynen av dessa boenden säkerställs. Inte minst är det viktigt att det följs upp så att placeringsformen används då det är lämpligt för barnet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har haft denna uppgift har saknat tillräckliga resurser för att leva upp till sitt uppdrag. Vi välkomnar därför att IVO nu får ett utökat anslag men anslår ytterligare 5 miljoner kronor i vårt budgetalternativ. Denna ytterligare utökning avser bland annat täcka ökade behov av inspektioner som omfattar olika placeringsformer för barn.

## 10.7 Barn som har utsatts för brott

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

### 10.7.1 Flera barnahus

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

### 10.7.2 Barnets rättigheter i rättsprocessen måste stärkas

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

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

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

## 10.8 Barn i ekonomisk utsatthet

### 10.8.1 Bostadsbidraget höjs för barnfamiljer

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

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

### 10.8.2 Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi

Cirka 7 procent av Sveriges barn bor i hushåll som får ekonomiskt bistånd. Statistiken visar även att barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer är underrepresenterade i organiserade fritidsverksamheter. Därför är det viktigt att de får samma förutsättningar att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Vi anser precis som Rädda Barnen, Barnombudsmannen och andra remissinstanser att regeringens förslag om att ta bort fritidspengen var helt fel väg att gå. Kristdemokraterna vill återinföra denna satsning för att stärka möjligheten för barn i dessa familjer att få en aktiv fritid. Vi avsätter därför 81 miljoner kronor för att återinföra fritidspengen. Samtidigt avvisar vi det föreslagna sommarlovsstödet som ska gå till kommuner som anordnar avgiftsfria aktiviteter för alla barn. Vi anser att det är de barn vars familjer av ekonomiska skäl måste avstå från fritidsaktiviteter som satsningar ska rikta sig till, inte alla oavsett inkomst och förutsättningar.

## 10.9 Familjerättsliga frågor

Det går inte att undvika separationer och skilsmässor mellan föräldrar. Det finns förhållanden som inte fungerar, där det bästa för alla inblandade parter är att föräldrarna går skilda vägar. Men föräldraskapet och ansvaret för barnen kvarstår även efter en separation. Och för barnet är det, i de allra flesta fall, det bästa att ha en relation till båda

sina föräldrar även om de inte lever tillsammans. Och forskningen är entydig – vårdnadstvister och svåra konflikter är aldrig gynnsamma för barn. Sett ur barnets perspektiv finns det starka skäl för att förebygga eller dämpa konflikter mellan separerande eller särlevande föräldrar.

### **10.9.1 Viktigt med samarbetsamtal**

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

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

Samarbetsamtalen är frivilliga och avgiftsfria för föräldrarna.

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

### **10.9.2 Lagen om gemensam vårdnad**

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

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

Att antalet vårdnadsmål har ökat sedan 2006 är oroväckande eftersom barnen alltid är de som drabbas hårdast. Antalet vårdnadstvister som avgörs i domstol har i själva verket mer än fördubblats de senaste tio åren. Därför tillsatte alliansregeringen en



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

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

### **10.9.3 Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse**

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

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

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

## **10.10 Barnkonventionen som svensk lag**

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

Barnrättighetsutredningen har haft i uppdrag att se över frågan om barnkonventionen och överlämnade sitt betänkande i början av 2016. Utredningen ger starkt stöd för att införa barnkonventionen som lag och har även föreslagit hur detta ska göras och en rad andra åtgärder som behövs för att stärka barns rättigheter. Enligt utredningen behövs det även en transformering för att barnets rättigheter ska få genomslag samt information, utbildning och samordning mellan olika aktörer i samhället. Kristdemokraterna ser fram emot ett förslag från regeringen inom kort.

## 11 Hemlöshet

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

## 12 Funktionshinderspolitik

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

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

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

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

Under alliansregeringens tid vid makten medverkade Kristdemokraterna till:

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

## 12.1 LSS

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

Första året, 1995 när reformen genomfördes, var kostnaden för den 4 miljarder kronor – 2015 var kostnaden strax under 30 miljarder kronor. På denna tid har det genomsnittliga antalet beviljade timmar per assistansberättigad dubblats. I mars 2016 var det 16 062 personer som hade personlig assistans beviljad med i genomsnitt 127 timmar per vecka. Att fler omfattas och att timmarna i snitt ökar behöver dock inte i sig vara bevis för att alla får sina behov tillgodosedda.

Att kostnaderna ökar inom reformen innebär inte till alla delar att de totala samhällskostnaderna ökar. Till dels så har assistansen ersatt andra insatser och de kostnader som skulle finnas för dessa om assistansen inte fanns. Assistansen avlastar anhöriga som i större omfattning kan förvärvsarbeta och undviker sjukskrivning. Även assistansberättigade kan i vissa fall med hjälp av assistansen förvärvsarbeta. Assistansen ger dessutom jobb åt cirka 90 000 assistenter. Det krävs så klart mycket specifik kompetens för att fungera som personlig assistent men det är inte osannolikt att ett inte obetydligt antal av de som idag arbetar inom detta skulle ha svårt att hitta andra arbeten och därmed istället utgöra en kostnad.

Ökningen av antalet timmar har flera olika förklaringar. Formen av en rättighetslag utgör en stor skillnad mot hur förutsättningarna var innan assistansreformen. Den kommunala budgetens utrymme snarare än behovet styrde omfattningen och det går i efterhand att konstatera att de insatser som utfördes av anhöriga, inte minst för barn med omfattande behov, underskattades i hög grad. Även befolkningsutvecklingen och ökningen av vilka som har rätt att ta del av insatsen har förändrats sedan införandet.

Socialstyrelsen konstaterade efter en gedigen kartläggning av kostnadsutvecklingen för åtta år sedan att ”Personlig assistans är en insats som i mycket hög grad bidrar till att personer med svåra funktionsnedsättningar kan vara aktiva och delaktiga i samhällslivet samt själva bestämma över sitt liv. Många stödbehov tillgodoses av personlig assistans och insatsen är på många sätt kostnadseffektiv jämfört med andra insatser. I vissa situationer kostar dock personlig assistans mer än andra insatser”.

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

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

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

Återkommande uttalanden från finansminister Magdalena Andersson ställer behoven hos och kostnaderna för assistans mot kostnader för och behov hos människor som flyr för sina liv. Regeringen har dessutom genom förändringar av direktiven till Försäkringskassan påbörjat ett arbete för att kraftigt begränsa förutsättningarna för personlig assistans. Både signalvärdet i det som sägs från regeringen och de åtgärder de vidtar konkret innebär kraftiga förändringar som påverkar förutsättningarna för brukarna och de aktörer som utför assistansen. I budgeten för 2017 görs en kraftig åtstramning genom att regeringen gör en ännu lägre uppräknings av schablonersättningen än vad de utfäste i förra årets budget. De direktiv som regeringen fastställt för den nu pågående assistansutredningen är dessutom i övervägande grad i riktning mot sänkta kostnader. Detta har sammantaget skapat en mycket stor oro hos alla de som berörs. Regeringen förändrar förutsättningarna utan att det prövas av riksdagen.

För att det hos allmänheten ska finnas ett fortsatt stöd för personlig assistans även i en tid då kostnaderna för denna fortsätter att öka så måste det föras en öppen och ärlig debatt om hur reformen fortsatt ska utvecklas. Det kan inte vara acceptabelt att rättigheter som fastställs i lag begränsas utan att det finns folkligt förankrade beslut om att så ska ske. Men precis detta är vad som pågår just nu.

Det är ytterst angeläget att arbetet med att ta fram en ändamålsenlig utformning av ersättningen skyndsamt fullföljs. Oron hos brukarna och assistansanordnarna är stor för att nuvarande beräkningsmodell innehåller brister som kan leda till att kostnaderna för de med de största omsorgsbehoven inte täcks. Förändringar av redovisning och utbetalning av ersättningen utan tillräckligt stöd i övergången riskerar dessutom leda till att seriösa och framförallt mindre aktörer slås ut. Inte minst verksamheter som drivs som brukarkooperativ och små företag riskerar att inte få kostnadstäckning och därmed tvingas lägga ner eller begränsa verksamheten. En utveckling mot färre utförare och minskad valfrihet är inte önskvärd och därför måste ersättningen ta hänsyn till de fulla kostnaderna oavsett driftsform och vidden av behov hos brukarna. Vi avvisar regeringens sänkning av schablonbeloppet i assistansersättningen och höjer den till 1,5 procent. Vi avsätter 226 miljoner kronor år 2017, 319 miljoner kronor år 2018, 414 miljoner kronor år 2019 respektive 510 miljoner kronor år 2020 för detta ändamål.

## 12.2 Förbättrad samordning och kunskap för föräldrar

Riksrevisionen konstaterade i en granskning från 2011 att det fanns samordningsproblem avseende stöden till barn och unga med funktionsnedsättning. Den dåvarande barn- och äldreministern, Maria Larsson, gav därför Socialstyrelsen i

uppdrag att analysera stödet och ge förslag på försöksverksamhet med samordnare. Socialstyrelsen konstaterade också att det fanns en osäkerhet bland landstingen om vad insatsen rådgivning och stöd ska innehålla. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram en struktur för återrapportering av insatsen.

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

### **Övriga budgetpåverkande anslagsförändringar**

Socialstyrelsens anslag minskas till följd av att satsningen på ett nationellt kompetenscentrum för ensamkommande förs till anslag 4:6 under Statens institutionsstyrelse där vår föreslagna krissocialjour ska inrättas. Kristdemokraterna bedömer att det finns utrymme för en justering av anslagen till de myndigheter som tillämpar pris- och löneomräkning (PLO) för att på så sätt effektivisera och samtidigt finansiera prioriterade satsningar. Justeringen är beräknad som en 30-procentig minskning av PLO-uppräknningen under 2017–2020. Samtliga myndigheters anslag under utgiftsområdet justeras därför ned.

*Emma Henriksson (KD)*

*Annika Eclund (KD)*

*Magnus Oscarsson (KD)*

*Lars-Axel Nordell (KD)*

*Roland Utbult (KD)*