

Motion till riksdagen 2019/20:3293

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

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en parlamentarisk utredning som ser över ansvarsfördelningen för sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten ska ha huvudansvar för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om likvärdig tillgång till läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om personcentrering och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om finansiell förstärkning av primärvården genom stegvis ökning årligen så att den blir en reell bas i hälso- och sjukvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad nationell samordning och definition av åtagande inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att läkarna i primärvården framför allt måste få ett tydligare uppdrag att hantera vården för multisjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) och rätt till en fast läkarkontakt och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sätta tak för antalet listade patienter per läkare och vårdcentral och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om 1177 och förstärkt triagering och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt och intensifierad beroendesjukvård och tillkännager detta för regeringen.

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att varje kommun ska ha tillgång till en medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla och skärpa vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdatera och förbättra kömiljarden och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en prestationsbaserad ersättning för att skapa en vårdplatsgaranti inom sjukhusvården och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regionala cancercentrum (RCC) och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stöd för att stärka bemanningen inom sjukvården i gles- och landsbygd och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om digitalisering inom vården och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att under life science-strategin ska en delstrategi tas fram som avser precisionsmedicin och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge patienter äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformation och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stödja utvecklingen så att nationella standarder och terminologi för all digital information inom hälso- och sjukvården införs i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om lagstadgad rätt till fortbildning för legitimerad personal och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning angående hantering av integritetskänsliga data inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö och minskad administration för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för vårddyrken och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett kompetenscentrum och nationella mål för förlossnings- och eftervården och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om eftervård med hembesök samt en mamma-rehab-check och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka bemanningen inom förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om betald vidareutbildning för sjuksköterskor till barnmorskor och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fast barnmorska genom hela vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.

33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om patienthotell inför förlossningen och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om första linjens vård för barn och ungdomar och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt elevhälsa och elevhälsogaranti och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förbättrad övergång från BUP till vuxenpsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om psykiatriambulans och tillkännager detta för regeringen.
39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om handlingsplaner för självmordsprevention och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en ”haverikommission” när en ung person har begått självmord, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utvärdera ett skolbaserat självmordspreventivt arbete och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anmälningsplikt vid självmord och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av förbättrade möjligheter till organdonation och att detta behandlas skyndsamt och tillkännager detta för regeringen.
44. 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.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av generell tillståndsplikt och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast reducera kostnaden för tillståndsprövning hos IVO och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det fria vårdvalet ska gälla all öppenvård, även den som utförs av andra specialister än de inom allmänmedicin, och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska införa en värdighetsgaranti inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en äldreboendegaranti och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en prestationsbaserad ersättning till kommuner som verkställer beslut om plats på särskilt boende inom tre månader, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vite för sent verkställande av beslut om plats på särskilt boende och tillkännager detta för regeringen.

53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av prestationsbaserad ersättning för att förbättra personalkontinuiteten inom hemtjänsten och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra Omvårdnadslyftet och ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett måltidslyft inom äldreomsorgen och måltidskunskap inom vårdutbildningen och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa geriatriska centrum och en nationell demensplan och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheten att anställa läkare inom den kommunala hemsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder för att främja hälsan och bryta ensamhet hos äldre och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om äldresamtal och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att skyndsamt fastställa en ändamålsenlig utformning av assistansersättningen och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja schablonbeloppet i assistansersättningen med 2,2 procent och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka socialsekreterarens kompetens och ansvar och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om inrättande av en nationell krissocialjour och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrade förutsättningar för familjehem och stödboenden och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rekrytering av familjehem och gode män och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att identifiera och implementera insatser som syftar till att stärka kvaliteten inom den sociala barn- och ungdomsvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra förlängd familjehemsplacering vid gymnasiestudier och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa goda villkor och förutsättningar för familje- och jourhem och tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka kommunernas ansvar för barn som omhändertagits och drabbats av vanvård och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa psykiatrisk kompetens och användandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inom Statens institutionsstyrelse (Sis) och tillkännager detta för regeringen.

72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att avskiljningar enbart ska göras när det är nödvändigt för att skydda det enskilda barnet eller andra personer och tillkännager detta för regeringen.
73. 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 detta tillkännager riksdagen för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga vårdnadsöverflyttning eller adoption när en placering har pågått en viss tid och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta boenden för barn och ungdomar med svår samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruksproblematik med hälso- och sjukvården som huvudman och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnahus ska finnas tillgängliga över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sekretesslagstiftningen bör förändras så att berörda myndigheter inom barnhusen kan samarbeta utan hinder av sekretess, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att synliggöra barn i rättsprocessen samt barn som bevittnat våld i hemmet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förskolepersonal ska få genomgå utbildning i arbetssätt som stärker barns integritet i syfte att förebygga sexuella övergrepp och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett fritidskort för barn och tillkännager detta för regeringen.
81. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att alla vårdnadshavare erbjuds samarbetsamtal vid en separation, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
82. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ogifta par ska kunna bekräfta faderskapet på samma sätt som i dag men redan under graviditeten och tillkännager detta för regeringen.
83. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om uppföljning av förverkligandet av barnkonventionen som svensk lag och årliga rapporter till riksdagen om hur genomförandet sker och tillkännager detta för regeringen.
84. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen på lämpligt sätt uppmärksammar Janusz Korczaks arbete och påverkan på FN-deklarationen om barns rättigheter, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
85. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda minst två föräldrastödsprogram under barnens uppväxt och tonårstid och tillkännager detta för regeringen.
86. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sänka trösklarna för familjerådgivning genom att införa en familjerådgivningscheck och tillkännager detta för regeringen.
87. 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.

88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anhörigvård och om att socialtjänsten vid biståndsprövning särskilt ska uppmärksamma anhörigas situation och tillkännager detta för regeringen.
89. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg och tillkännager detta för regeringen.
90. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda frågan om ett system med vård av föräldrar (VAF-dagar) och tillkännager detta för regeringen.
91. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta regler för hur Bostad först ska vara den primära insatsen för hemlösa/bostadslösa personer med samtidig beroendesjukdom och tillkännager detta för regeringen.
92. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör inrättas en nationell expertgrupp för att vidareutveckla metoden Bostad först och bistå kommunerna i deras arbete med att införa Bostad först och tillkännager detta för regeringen.
93. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stimulanspengar bör avsättas till kommunerna för att antingen införa eller utvidga användandet av modellen Bostad först och tillkännager detta för regeringen.
94. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en informationssatsning i fråga om tandvårdsförsäkringen och en översyn av högkostnadsskyddet och tillkännager detta för regeringen.
95. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om avgiftsfri tandvård upp till 20 år och tillkännager detta för regeringen.
96. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan och tillkännager detta för regeringen.
97. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett farmaceutsortiment, farmaceutföreskrivning och re-föreskrivning och tillkännager detta för regeringen.
98. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda hur generikasystemet kan reformeras i syfte att nå bättre patientsäkerhet och samhällsekonomisk nytta samt uppnå en större miljöhänsyn och tillkännager detta för regeringen.
99. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om den ökade föreskrivningen av läkemedel till barn och tillkännager detta för regeringen.
100. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inkludera en vetenskaplig riskbedömning av skadeverkningarna av alkohol, tobak och olika narkotika i ANDT-strategin och att riskbedömning ska beaktas vid lagstiftning om dessa produkter, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
101. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för ANDT och tillkännager detta för regeringen.
102. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inkludera spel om pengar i nästa ANDT(S)-strategi och tillkännager detta för regeringen.
103. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera riktlinjerna för riskbruk av alkohol och tillkännager detta för regeringen.
104. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik och om att prioritera det alkoholpreventiva arbetet bland unga och tillkännager detta för regeringen.

105. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett exponeringsförbud för röktaobak och tillkännager detta för regeringen.
106. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av att se över Socialstyrelsens riktlinjer angående riskkonsumtion och tillkännager detta för regeringen.
107. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att göra en kunskapsöversikt över de direkta hälsoeffekterna av e-cigarettor och därefter lämna rekommendationer för eventuella lagstiftningsändringar, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
108. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett narkotikafritt samhälle och tillkännager detta för regeringen.
109. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om motstånd mot legalisering av cannabis och tillkännager detta för regeringen.
110. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utbyggnad av sprututbytesprogrammet och tillkännager detta för regeringen.
111. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa förvaltning och implementering av framgångsrika folkhälsofrämjande projekt och tillkännager detta för regeringen.
112. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att även Livsmedelsverket ska kunna ta beslut om saluförbud mot hälsovådliga kosttillskott när det rör sig om produkter som är nationellt tillgängliga och tillkännager detta för regeringen.
113. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ställa krav på tillverkare och distributörer av kosttillskott att anmäla sina produkter till Livsmedelsverket innan de når marknaden och tillkännager detta för regeringen.
114. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
115. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om palliativ vård och om införande av palliativ medicin som en egen specialitet och tillkännager detta för regeringen.
116. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
117. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av fortsatt forskning om samt stärkt skydd av barn som tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller och befruktade ägg, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
118. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
119. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa upprätthållandet av gränsen för sena aborter och tillkännager detta för regeringen.
120. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
121. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa ett framgångsrikt och långsiktigt hållbart förebyggande folkhälsoarbete genom en tydlig nationell strategi, riktlinjer och handlingsplan med konkreta delmål och tillkännager detta för regeringen.
122. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillföra större ekonomiska resurser till Smer och tillkännager detta för regeringen.

123. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ungdomsmottagningarna bör bli delaktiga i skolans sexualundervisning och tillkännager detta för regeringen.
124. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att skyndsamt utreda behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.
125. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fond för idéburens vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
126. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa sociala utfallskontrakt och tillkännager detta för regeringen.
127. Riksdagen anvisar anslagen för 2020 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt förslaget i tabell 1 i motionen.

Motivering

Anslagsförslag 2020 för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Tabell 1 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2020 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (tusental kronor)

Tusental kronor

Ramanslag	Regeringens förslag	Avvikelse från regeringen (KD)
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	37 320	
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	87 923	
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	152 349	
1:4 Tandvårdsförmåner	7 069 781	+113 000
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	29 680 000	-400 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	9 257 886	-2 757 000
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	498 187	
1:8 Bidrag till psykiatri	2 160 393	+280 000
1:9 Läkemedelsverket	149 768	
1:10 E-hälsomyndigheten	119 603	
1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna	2 900 000	
2:1 Folkhälsomyndigheten	434 599	
2:2 Insatser för vaccinberedskap	88 500	
2:3 Bidrag till WHO	45 665	
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502	
3:1 Myndigheten för delaktighet	60 896	
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742	
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	27 598	
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	797 514	
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	263 395	
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	24 450 971	+730 000
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	1 427 490	+3 640 000
4:6 Statens institutionsstyrelse	1 157 143	+75 000
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	749 351	+616 000
5:1 Barnombudsmannen	26 257	
5:2 Barnets rättigheter	22 261	
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	95 629	+15 000
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	36 488	
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	661 503	
8:1 Socialstyrelsen	699 850	+250 000
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	744 578	+25 000

Ramanslag	Regeringens förslag	Avvikelse från regeringen (KD)
<i>Nya anslag</i>		
Fler vårdplatser sjukhusvård		+1 000 000
Stimulansmedel uppgradera patientlagen		+200 000
Fritidspeng		+800 000
Stöd vård i glesbygd		+800 000
Fond för idéburen vård		+300 000
8:3 Förlossningssatsning		+1 000 000
Bostad först		+250 000
E-hälsa, standarder		+200 000
Summa	84 167 142	+7 137 000

Avvikelser gentemot regeringen

Tabell 2 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2020–2022 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (miljoner kronor)

Miljoner kronor

	Avvikelse från regeringen (KD)		
	2020	2021	2022
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg			
1:4 Tandvårdsförmåner	+113	+113	+113
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	–400	–400	–400
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	–2 757	–2 620	–620
1:8 Bidrag till psykiatri	+280	+280	+280
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	+730	+2 114	+2 163
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	+3 640	+3 550	+3 550
4:6 Statens institutionsstyrelse	+75	+75	+75
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	+616	+616	+376
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	+15	+15	+15
8:1 Socialstyrelsen	+250	+250	+250
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	+25	+25	+25
<i>Nya anslag</i>			
Fler vårdplatser sjukhusvård	+1 000	+1 000	+1 000
Stimulansmedel uppgradera patientlagen	+200	+200	+200
Fritidspeng	+800	+800	+800
Stöd vård i glesbygd	+800	+800	+800
Fond för idéburen vård	+300		
8:3 Förlossningssatsning	+1 000	+1 000	+1 000
Bostad först	+250	+250	+250
E-hälsa, standarder	+200	+200	
Summa	+7 137	+8 268	+9 877

1 Övergripande inledning – Reformer för hälsa och välfärd

I augusti 2019 har 137 000 människor väntat mer än 90 dagar på den operation eller det specialistbesök som vården bedömt att de behöver. Mer än 90 dagar är längre än vad vårdgarantin anger och är därför olagligt länge.

Utvecklingen de senaste åren visar att köerna har fördubblats och överbeläggningarna ökat. Situationen är komplex men det finns påtagliga brister i organisation och kompetens. Hälso- och sjukvården har för få fasta medarbetare och för stora skillnader i landet. Vården är inte jämlik. 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 en god och jämlik vård till hela befolkningen. Staten bör därför ta ett huvudansvar 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.

Kristdemokraternas politik utgår från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och den som har störst behov ska ges företräde i vården. Hälso- och sjukvården ska kännetecknas av värdighet, kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet. Målet för socialtjänstpolitiken är att stödja gemenskaperna och de enskilda människorna till egen försörjning och god omvårdnad. Socialpolitiken i sin helhet ska levandegöra att varje enskild människa har samma absoluta värde oavsett ålder, etniskt eller socialt ursprung, sexuell identitet, religion eller kön. De insatser som görs av de sociala myndigheterna ska bidra till att fördela välfärden rättvist och solidariskt samt till att ge alla likvärdiga förutsättningar.

Socialpolitiska insatser måste präglas av respekt för den personliga integriteten och ge förutsättningar för inflytande och delaktighet från den enskilde, för såväl vuxna som barn.

Myten om den perfekta människan som ideal och norm riskerar att bli ett hot mot viktiga värden som delaktighet och solidaritet. Politiken måste förankras i en människosyn som både tillmäter människan ett absolut och okränkbart värde och erkänner att alla människor är olika med olika begåvning, intressen och förutsättningar. Den kristna människosynen uppfyller dessa krav. Graden av funktionsnedsättning är inte statisk, utan är till del en följd av samhällets beredvillighet och förmåga att gå människor med funktionsnedsättning till mötes. Funktionsnedsättningen blir i själva verket ett handikapp för den enskilde först när samhället inte förmår att kompensera bristerna. Personer med funktionsnedsättning riskerar att i olika sammanhang bli negativt särbehandlade. Detta är diskriminering och kan aldrig tolereras. De grupper som har svårt att göra sina röster hörda eller utnyttja sina rättigheter ska garanteras särskilt stöd.

Vården och omsorgen ska ha en helhetssyn på människan som tar hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov. Ett mål för vården och omsorgen bör vara att varje människa ska kunna känna välbefinnande och meningsfullhet.

Varje människa föds med relationer till andra. Människan är en gemenskapsvarelse. Hon mår dessutom bäst av att utvecklas i naturliga gemenskaper, som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet. Gemenskaper som inte påtvingas utan uppstår av sig själv. När sjukdom drabbar oss blir ofta behoven större än vad den enskilda människan och familjen mäktar med. Överordnade gemenskaper har då en skyldighet att

gå in, hjälpa och stödja med en kunskapsbaserad och gemensamt finansierad hälso- och sjukvård samtidigt som den sjuke ska tillförsäkras delaktighet under vårdtiden.

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Personcentrerad vård och omsorg är därför nödvändig. Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och funktionshinderomsorgen behöver finna sätt att arbeta som ger en personcentrerad vård och omsorg. Såväl enskilda patienter/brukare som patient- och intresseorganisationer kan bidra till att vi hittar de bästa metoderna för personcentrerad vård och omsorg. Därför behöver det fortsatta arbetet mer påtagligt inkludera patienter och brukare. Rätten att bestämma över sin vardag upphör inte vid en viss ålder. En årsrik 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. Utökad självbestämmande när det gäller såväl boende som hemsänd mat och färdtjänst är viktiga delar när det gäller att utveckla äldreomsorgen framöver.

2 En hälso- och sjukvård att lita på

En av de viktigaste principerna för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska få vård på lika villkor. Svensk hälso- och sjukvård håller en mycket hög medicinsk kvalitet, ofta rankad i världsklass. Samtidigt har den svenska hälso- och sjukvården stora och tilltagande problem. Det finns oacceptabla skillnader i medicinska resultat och kvalitet och värdköerna växer. I augusti 2019 har drygt 137 000 personer stått olagligt länge i kö till specialistvård eller operation. Allmänhetens förtroende sjunker. Kompetensbristen är påtaglig. Detta trots att det satsas mer pengar än någonsin tidigare inom hälso- och sjukvården – oavsett hur vi räknar. Men det räcker inte med enbart mer resurser. Det krävs också flera genomgripande förändringar om vi ska kunna korta köerna, vara attraktiva arbetsgivare och ge en god vård på lika villkor till hela befolkningen.

Man ska kunna lita på vården. Hälso- och sjukvården ska hjälpa oss att må bra och ge vård när vi blivit sjuka. Det innebär att hälso- och sjukvården har både ett hälsofrämjande och ett vårdande uppdrag. En god nära vård måste byggas ut samtidigt som koncentration av högspecialiserad vård görs. Det sistnämnda måste genomföras utan att riskera de regionala akutsjukhusens existens. Sammantaget är det ett gediget reformarbete som är i sin linda och kräver en fast styrning både nationellt och regionalt.

Hälsofrämjande insatser måste utvecklas. Varje person har ett eget ansvar, men flera samhällssektorer måste bidra för att alla människor ska ha en god psykisk hälsa och för att preventiva insatser ska fungera. Det är många människor som berättar om att de mår dåligt, de saknar en god psykisk hälsa. En del drabbas av depression och ångest, andra är drabbade av svår kronisk sjukdom som påtagligt försämrar deras psykiska hälsa och livskvalitet. Det innebär att hälso- och sjukvården måste klara både det breda hälsofrämjande uppdraget och att ge vård till svårt kroniskt sjuka, såväl psykisk som somatisk sjukdom. Ska allt detta fungera måste hälso- och sjukvården få fler medarbetare, patienter måste få chans till en kontinuerlig relation till den vårdkontakt man behöver och reformerna måste vara långsiktiga och genomföras i hela landet.

Dagens ordning med 21 olika regioner fungerar dåligt. Vi vill att staten får huvudansvaret för hälso- och sjukvården för att vården ska bli jämlik och kunna utvecklas på bästa sätt till hela befolkningen. Därför behöver en parlamentarisk utredning tillsättas, som ser över en bättre och mer ändamålsenlig organisation för hälso- och sjukvården. Även med statligt huvudansvar och statlig styrning behöver en regional organisation finnas, men den kan utformas på flera olika sätt.

2.1 Statligt huvudansvar för sjukvården

Om vi idag stod inför beslut om hur hälso- och sjukvården ska organiseras skulle knappast någon komma på tanken att dela upp den i 21 självstyrande landsting. Idén skulle framstå som helt ologisk. Verkligheten har helt enkelt sprungit ifrån landstingen/regionerna. Kristdemokraterna anser att staten ska ta över huvudansvaret för sjukvården.

Men en större reform är komplex, kommer att ta tid och kräva betydande utredningsarbete. Därtill krävs grundlagsändringar. Reformen är nödvändig. Men den svenska hälso- och sjukvården kan inte passivt avvakta och vänta så länge på en förändring. De politiska besluten måste därför ha både ett långsiktigt perspektiv och ett samtidigt förhållningssätt till de mer eller mindre akuta problem som finns i dagens hälso- och sjukvård med bristande kompetensförsörjning, ojämlikhet och ekonomiska underskott. Styrningen behöver bli enklare och bättre omgående.

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

Tillsammans med ovanstående utmaningar står vi inför en mycket stor demografisk utmaning där såväl antalet som andelen äldre kommer att öka mycket kraftigt i befolkningen. Redan idag finns betydande problem med ojämlikhet. Väntetider, kvalitet och till och med dödlighet i allvarliga sjukdomar varierar beroende på bostadsort. En rapport på uppdrag av Cancerfonden visar dessutom att trots att risken för att drabbas av någon form av cancer i princip är densamma oavsett socioekonomisk status, är dödligheten 35 till 40 procent högre bland patienter med låg utbildning.

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

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

en annan patient i en annan region får utstå helt andra, sämre eller bättre väntetider och/eller behandlingsresultat.

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

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

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

Den nationella väntetidsdatabasen som drivs av SKL (www.vantetider.se) visar tydligt att det finns sjukhus som har mer ledig kapacitet än andra. Men få försök har gjorts för att samordna den här kapaciteten mellan sjukhus och regioner. Den lagstadgade vårdgarantin och den nya patientlagen har visserligen inneburit större möjligheter för patienterna att kräva sin rätt. Men regionerna levererar inte det stöd och den information som patienterna behöver för att kunna ta sig till en vårdgivare som har kortare väntetider. Det krävs en politisk styrning som ser till att resurserna hamnar rätt och att kunskap om nya behandlingsmetoder implementeras i hela landet. Patientlagen behöver också förtydligas så att ledig kapacitet kan användas på ett bättre sätt än idag.

En förutsättning för att en reform av sjukvårdens ansvarsfördelning blir framgångsrik är att den baseras på ändamålsenliga och tillfredsställande konsekvensberedningar. Effekterna för patienterna, staten och nuvarande huvudmän måste belysas. Kristdemokraterna föreslår därför att det tillsätts en parlamentarisk utredning. Utredningen ska klarlägga och överväga förslag på ändamålsenlig ansvarsfördelning

mellan stat och nuvarande huvudmän med målet att uppnå en patientfokuserad, effektivare, mer rättvis och jämlik vård.

2.2 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 ordningen med regional styrning. Exempelvis kan varje enskild vårdenhet eller klinik i högre grad använda 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. Detsamma gäller för de nationella programområdesgruppernas arbete som ska leda till en mer jämlik vård. Det måste ges tid till vårdens medarbetare för implementering och genomförandet måste följas upp på ett ändamålsenligt sätt.

Genom att stärka patientens ställning stärks incitamenten för en jämlik vård. Vi anser exempelvis att patienter ska ha rätt till en fast läkarkontakt och en lagstadgad rätt till en personlig behandlings- och rehabiliteringsplan när behov finns av återkommande och täta kontakter med vården. Även en återbesöksgaranti bör finnas inom vårdgarantin. Insatser som medverkar till en bättre hälso- och sjukvård för personer med kronisk sjukdom måste utvecklas.

Vi vill verka för att regionerna moderniserar vårdens ersättningssystem. Det handlar bland annat om att hitta ersättningsmodeller som premierar helhetskvalitet när det gäller både medicinskt resultat och patientupplevelse. Istället för att varje region på egen hand försöker utforma sina ersättningssystem bör de samarbeta för att gemensamt utforma system som bygger på bästa tillgängliga kunskaper. Inte minst inom digitala vårdtjänster. Ersättningssystemen ska styra mot en jämlik vård av hög kvalitet, byggd på behovsprincipen och med effektiv användning av vårdens resurser. Viktigt är också att de mänskliga vinsterna av en behandling är kopplade till att behandlingen finansieras. Om inte landstingen på egen hand förmår detta måste staten ta ansvar för ökad och mer likvärdig tillgång till vård och läkemedel.

Vi har i nuläget inga förhoppningar om att Sverige i närtid kommer ompröva de 21 regionernas uppdrag och övergå till ett statligt huvudansvar för hälso- och sjukvården. För patienternas skull kan vi dock inte vänta. Vi behöver ta reella beslut för en mer jämlik vård. Flera beslut där Kristdemokraterna varit pådrivande togs under riksdagsåret 2018/2019 av en enig riksdag, som innebär mer av nationell styrning. Mer behöver göras och det är positivt om det finns en bred politisk uppslutning.

Ett steg i att öka jämlikheten är ett ökat statligt ansvar för mer jämlik tillgång till läkemedel. Efter Kristdemokraternas initiativ under alliansregeringen 2011 har ett intensivt arbete pågått med den nationella läkemedelsstrategin. 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.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen, tillsammans med de viktigaste aktörerna på läkemedelsområdet fortsätter det arbete som påbörjades under kristdemokratisk ledning för att nå en säker, effektiv och jämlik läkemedelsanvändning. Återkommande rapporteras om de utmaningar vi står inför med ökning av läkemedelskostnader. I kostnadsutvecklingen brukar inte minst kostnader för sär läkemedel lyftas fram. De nya avancerade terapiläkemedelen, ATMP, som baseras på celler, vävnader och gener, har åtminstone inledningsvis mycket höga kostnader för behandling av en enskild patient men där alternativen många gånger är avsevärt sämre utifrån resultat vad gäller livskvalitet eller där inga andra alternativ finns. ATMP är idag en möjlighet vid ett fåtal indikationer men kan i takt med att forskningen avancerar komma att bli en möjlighet inom ett bredare område varför det kräver överväganden redan idag. Även stråleterapi utvecklas ordentligt och blir mer innovativ. Etiska avvägningar avseende kostnaderna för samhället i förhållande till patientnytta behöver göras.

Kristdemokraterna anser att staten har ett särskilt ansvar inom detta område.

Samtidigt är det inte i huvudsak sär 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. År 2016 var kostnadsökningen drygt åtta procent, vilket kan jämföras med fem procents ökning föregående år. Mellan 2015 och 2016 var ökningen för män högre än för kvinnor vilket bl.a. beror på att nya läkemedel mot prostatacancer kom in i förmånen under 2015. De senaste siffrorna från SKL (september 2017) visar att kostnadsökningen fortsatt ligger kring 8–9 %. I september 2017 infördes även läkemedel för behandling av vuxna med kronisk infektion med hepatit C-virus (HCV) i förmånen vilket höjde läkemedelskostnaderna ytterligare. En annan av förklaringarna för senaste årets höjda kostnader är regeringens beslut att införa kostnadsfria läkemedel till barn och unga under 18 år från 1 januari 2016. Sedan reformens införande har kostnaderna för samtliga receptbelagda läkemedel som hämtats ut till barn inom läkemedelsförmånen ökat med 49 procent. Även att flera cancerläkemedel som tidigare hanterats utanför förmånerna nu förskrivs inom förmånerna är en delförklaring. Det är dock fortsatt så att läkemedelskostnadernas andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat.

I januari 2019 överlämnades Läkemedelsutredningen som föreslog stora förändringar för framtidens finansiering av läkemedel. Det är avgörande att nya innovativa behandlingsmetoder och effektivare läkemedel kommer alla patienter med behov till del oavsett var i landet de bor. Utredningens förslag har dock utstått skarp kritik under remissberedningen och regeringen har ännu inte gett besked om hur och när de kommer fortsätta beredningen. Kristdemokraterna menar att det är en dålig lösning att överlämna kostnadsansvaret på 21 regioner och vill därför se en annan lösning som bygger på nationellt ansvar. Utredningen innehåller många andra förslag som vi i nuläget anser tveksamma medan några kan vara värda att gå vidare med. Vi kommer följa frågan noga.

Kristdemokraternas initiativ med en nationell läkemedelslista syftade till att uppnå bättre säkerhet och trygghet i läkemedelshanteringen för patienten. Arbetet med framtagandet av listan har gått för långsamt, men vi välkomnar att den nu kommer införas under 2020. 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. Det är viktigt att bygga vidare på arbetet inom den nationella läkemedelsstrategin för ordnat nationellt införande av nya läkemedel. Genom införande av en 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.

2.3 En god och nära vård genom en primärvårdsreform

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

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

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

Vi Kristdemokrater drar därför slutsatsen att framväxten av en god nära vård måste vara långsiktig, ha ett brett politiskt stöd, omfatta all hälso- och sjukvård och kommer kräva fler medarbetare. Den nationella styrningen är nödvändig för att alla delar av vården i samtliga regioner ska färdas åt samma håll. Den nationella styrningen ska innehålla de beslut som är nödvändiga på statlig nivå och avstå från det som bättre styrs regionalt och lokalt. I nuläget är det främst primärvårdens uppdrag som behöver klargöras nationellt för att den övriga vården ska kunna göra sin del i framväxten av en

god nära vård. Dessutom krävs ekonomiskt tillskott från staten för att utvecklingen ska kunna genomföras.

Kristdemokraterna anser att en viktig utgångspunkt för en svensk primärvårdsreform måste vara att verksamhet ska förtjäna sitt förtroende. Det räcker inte med att säga att primärvården ska vara medborgarnas naturliga val av vårdinstans, eller via ramlagstiftning uteslutande definiera åtagande och ansvar. Det måste finnas en reell beredskap och kapacitet att ompröva både uppdraget, men också resurser, professionella normer och kostnadsansvar.

Samtidigt som nationellt grundåtagande preciseras måste det finnas möjlighet till ett delvis annat ökat åtagande för landsbygdens behov. Utgångspunkten ska vara att säkerställa att befolkningen i hela landet, så långt det är möjligt, ges tillgång till en jämlik, nära och patientsäker vård.

Förslag för att skapa en patientcentrerad, jämlik och tillgänglig primärvård

En samlad primärvårdsreform består i princip av tre steg.

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

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

I KD/M-budgeten som antogs av riksdagen i december 2018 fanns 1,5 miljarder kronor för utveckling av primärvården 2019. Summan dubblas till 3 miljarder kronor 2020 och behöver vara på minst den nivån åren därefter. Glädjande nog fullföljer regeringen M/KD-budgeten och tillför primärvården tre miljarder kronor för 2020. Innan beslut tas om nästa steg har slutbetänkandet från utredningen om en god nära vård kommit och en proposition lagts om primärvårdens uppdrag. Det ger en grund för bedömning av det fortsatta behovet av statligt stöd för att främja framväxten av en god nära vård.

I den planering som läggs fast måste utvecklingen följas och utvärderas. Medel ska tillföras regionernas vårdvalssystem i enlighet med den fastlagda planen. Risken är stor att steg två och tre genomförs halvdant, eller inte alls. En anledning är att det är starka normer och strukturer som i praktiken styr hur hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt. Fördelningen mellan sjukhusvård och primärvården kommer inte att ändra sig självt. Det krävs tydliga krav, uppföljning och ytterst statligt ansvar för att den inriktning som beslutats genomförs.

Nationella beslut

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

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

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

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

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

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

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

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

- flexibla öppettider som en del i att öka tillgängligheten
- tydligare akutuppdrag
- möjlighet till och förutsättningar för digitala patientmöten
- hur samverkan med övriga verksamheter inom vård- och omsorgssystemet ska gå till.

Personcentrering centralt i en god nära vård

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

patientorganisationerna så att de kan fullgöra sitt uppdrag på ett rimligt sätt. Enskilda patienter (som företräder sig själva) kan bistå på andra sätt och där finns goda exempel i Region Jönköping på hur enskilda patienter kan medverka i förbättringsarbetet. Sedan är det enskilda mötet mellan patient och vårdens medarbetare det som avgör om vi lyckas med personcentreringen.

Återinför patientansvarig läkare och ett tak för antalet listade patienter

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

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

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

Idag sker listning av patienter på vårdcentralsnivå. Den framtida utvecklingen behöver inbegripa listning även på enskilda läkare. Det finns skäl att öka förutsättningarna för läkarna att ta ett ansvar för koordinering och samordning av den enskilda patientens vårdbehov.

I Västra Götalandsregionen har beslut fattats om rätt till en fast läkarkontakt och ett slags listningstak tillsammans med utökade resurser. Det är positivt och ett steg i rätt riktning. Flera regioner har lyft frågan om listningstak på enskilda vårdcentraler under senare år. Bakgrunden är att en del populära vårdcentraler får ta emot ett stort antal patienter som valt att lista sig på vårdcentralen. Vårdgivaren kommer till en punkt där verksamheten inte längre går att upprätthålla ur patientsäkerhets- och kvalitetssynpunkt, och ber följaktligen om att få säga nej till nya patienter. Regionerna har i de flesta fall inte medgett permanenta listningstak, ibland med hänvisning till att lagstiftningen inte tillåter en sådan ordning.

En nackdel med alltför många patienter på en enskild vårdcentral – förutom att vårdpersonalen får en orimlig arbetssituation – är förstas att samtliga patienter på överbelastade vårdcentraler drabbas. Ytterst kan situationen leda till att enskilda vårdcentraler tvingas lägga ned, vilket vore en mycket olycklig utveckling. Möjligheten

att sätta tak för antalet patienter måste också kunna sättas på läkarnivå. Genom ett tak för hur många som kan lista sig blir det möjligt för vårdteamet att utföra sitt uppdrag på ett hållbart sätt.

Utveckla 1177 och förstärk triageringen

Primärvårdens relativa underdimensionering och bristande tillgänglighet leder till att allt för många patienter med lättare åkommor hamnar på fel vårdnivå. För att klara den ökande efterfrågan är det inte bara nödvändigt att skala upp primärvården, utan också att utveckla systemen för att lotsa patienter till rätt vårdnivå. Denna bedömningsprocess kallas i sjukvården för triagering.

Triageringen bör som grundregel ske via Vårdguiden 1177 över telefon, videomöte eller genom digitala och intelligenta frågeformulär som patienten själv fyller i via nätet. Genom triageringen avgörs vilken vårdnivå och i relevanta fall vilken typ av patientmöte som är mest lämpligt i det enskilda fallet. I många fall kan patienter bedömas och behandlas utan att fysiskt besöka en sjukvårdsinrättning, exempelvis genom videobesök eller telefonsamtal med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. I några fall kan patienten besöka ett apotek och genom egenvårdsinsatser klara sig själv. Som ett led i detta vill vi förstärka apotekens roll i hälso- och sjukvårdkedjan (se mer under avsnitt 15). I andra fall bör patienter söka sig till sjukhusens akutmottagning utan att passera vårdcentralen.

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

Patienter med allvarliga och livshotande tillstånd samt patienter som av olika skäl saknar förmåga att kontakta Vårdguiden via telefon eller digitala kanaler är naturligtvis alltid undantagna kravet på triagering.

Förstärkt hälsofrämjande arbete genom primärvården

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

Egenvård har en stor potential för att få en helhet i hälso- och sjukvården. Men det kommer inte av sig själv utan kräver planerade och strukturerade insatser från samhället i stort och ifrån hälso- och sjukvården. Ohälsosamma matvanor tillsammans med

otillräcklig fysisk aktivitet är två av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst.

Vi menar att det dels behövs förändring i samhället som främjar rörelse och motion på ett hållbart sätt för alla. Dels behövs en möjlighet till personliga hälsosamtal där vi får individuell rådgivning som utgår från våra förutsättningar. Hälsosamtal och andra hälsofrämjande insatser inom primärvården behöver utvecklas för hela befolkningen. Hälsofrämjande insatser ska bygga på forskning och ha evidens. Det kan möjliggöras genom ökade resurser och därmed fler medarbetare inom primärvården. Men också tillsammans med det civila samhället som är viktiga aktörer också i detta sammanhang

Flera av kristdemokratiska förslag för att vi vill se mer idrott och hälsa i skolan. Vid etablerad ohälsa kan fysisk aktivitet på recept och stöd från bland annat fysioterapeut fungera i många fall. Därtill föreslår vi även ett fritidskort laddat med 500 kr per år för fritidsaktiviteter, för alla barn i årskurs två till nio. Barn i familjer som har ekonomiskt bistånd eller bostadsbidrag ska få 2 400 kr. Syftet är att främja barns rörelse, aktivitet och gemenskap med andra. Baserat på Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets rekommendationer har Kristdemokraterna även för avsikt att verka för en utredning av hur offentliga styrmedel (som till exempel lagar, regelverk, riktade statsbidrag, skatter, subventioner och avdragsmöjligheter), varningstexter och informationsinsatser samt nationell målstyrning kan användas effektivt för att främja förutsättningarna för hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet och i förlängningen en förbättrad folkhälsa.

En mer tillgänglig beroendevård för lättare alkoholproblematik

I Sverige dricker ungefär en miljon personer (över 15 år) så mycket alkohol att de skadar eller riskerar att skada sin hälsa.¹ Av dessa har ca 350 000 utvecklat ett beroende. Ansvaret för missbruks- och beroendevård delas av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I syfte att förbättra samverkan mellan kommun och landsting införde Kristdemokraterna tillsammans med alliansregeringen lagkrav på obligatoriska samordnade individuella planer (SIP) för personer med missbruksproblem som har behov av insatser från båda huvudmännen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar i sin rapport ”Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården” (2017:1) att 19 av 21 regioner har länsöverenskommelser på plats, men endast 62 procent (153 av de 246) av de svarande kommunerna uppgav att det fanns lokala överenskommelser. Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatri, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Vidare påpekar huvudmännen att det varit svårt att komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, särskilt på lokal nivå och när det gäller det finansiella ansvaret.

Majoriteten av personer som uppfyller kriterierna för alkoholberoende eller riskbruk är socialt väl fungerande med bostad och arbete. Trots detta är det vanligtvis socialtjänsten som är den första kontakten vid alkoholproblematik, oavsett behov av sociala insatser eller inte. Detta är problematiskt då en studie från Göteborg (Hausken m.fl., 2016, Läkartidningen) visar att mindre än en procent skulle vilja söka hjälp för sin alkoholproblematik via socialtjänsten och att ca 60 procent önskar söka hjälp inom

¹ Missbruksutredningen SOU 2011:35.

hälso- och sjukvården. Effekten blir att många som är i behov av vård inte söker hjälp för sin alkoholproblematik.

Lättillgänglig vård i en avstigmatiserad vårdmiljö är avgörande för att möta behovet av vård för den stora grupp av socialt väletablerade personer som har ett skadligt alkoholbruk. Kristdemokraterna har därför landat i ställningstagandet att hälso- och sjukvården ska vara huvudman för missbruks- och beroendevården. Därtill bör primärvårdens arbete med lättare former av alkoholproblematik förstärkas och intensifieras. Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa, som ligger i Stockholm, är ett gott exempel på en väl fungerande verksamhet med uppdraget att erbjuda beroendevård till personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Dessa mottagningar har med andra ord helhetsansvaret för patienterna och socialtjänsten är inte inkopplad. Att erbjuda hjälp till de som behöver sluta dricka eller minska sin alkoholkonsumtion innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser uppstår är en social investering.

Glädjande nog har riksdagen, bland annat efter ett initiativ från Kristdemokraterna, fattat ett beslut om att det bör vara en och samma huvudman för personer med sam sjuklighet mellan beroendesjukdom och annan svår psykisk ohälsa. Nu förväntar vi oss att regeringen återkommer med ett sådant förslag till riksdagen. Kristdemokraterna kommer fortsätta att driva på regeringen i den här frågan.

Rehabilitering

Effekterna av en sjukdom eller skada kan många gånger begränsas om rehabilitering påbörjas snabbt och intensivt. Rehabilitering behövs också vid så kallade sena effekter som är mer vanliga än vad som tidigare varit uppmärksammat. Sammantaget måste rehabiliterande insatser vara mer tillgängliga än idag och vid fler tillfällen än just det akuta skedet. Tyvärr ser vi brister i detta för flera patientgrupper. Alltifrån patienten med cancersjukdom som sällan får rehabiliteringsinsatser till patienten med exempelvis en fraktur i handleden eller efter en hjärnskakning. Teambaserade rehabiliteringsinsatser som sker strukturerat kan påtagligt medverka till välbefinnande för många patienter. Rehabiliterande insatser kan också verka hälsofrämjande och verka förebyggande. Samhällsekonomiskt torde rehabiliterande insatser vara mycket lönsamma. Även om kostnaderna för exempelvis sjukskrivning finns under annat konto i statsbudgeten, måste det offentliga klara en helhetssyn för den enskilde och bistå med rehabilitering på ett bättre sätt idag. En sådan helhetssyn ger en positiv samhällsekonomisk effekt.

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

2.4 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas

Den nationella vårdgarantin har varit starkt bidragande till att korta väntetiderna väsentligt de senaste åren. Den nationella vårdgarantin 0–7–90–90 dagar, innebär att du ska kunna få kontakt med primärvården samma dag som du söker (per telefon eller besök), få tid hos allmänläkare inom sju dagar, tid hos specialist inom 90 dagar och vid

konstaterat behov av behandling ska den ges inom ytterligare 90 dagar.

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin bör utvecklas:

- Vi vill att alla ska ha rätt att inom 24 timmar träffa den vårdkontakt inom primärvården som kan möta behovet. Det kan vara läkare, men även t.ex. sjuksköterska, distriktsköterska, psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut.
- Vårdmötet kan antingen ske per telefon, eller i form av ett digitalt eller fysiskt besök beroende på patientens behov.
- Vårdgarantins nuvarande tidsgränser 0–7–90–90 bör kompletteras med en yttre tidsgräns på 120 dagar som omfattar hela vårdkedjan. Det innebär att från första kontakt, specialistbedömning, diagnos, provtagning, röntgen etc. till genomförd åtgärd ska det gå maximalt 120 dagar.
- 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.

2.5 En reformerad och utökad kömiljard

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

Kristdemokraterna var under alliansregeringen drivande i genomförandet av en rad viktiga satsningar som minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i landstingen. Dessvärre avvecklade den socialdemokratiska ledda regeringen kömiljarden 2015. Sedan dess har köerna ökat och uppfyllelsen av vårdgarantin har försämrats.

Kömiljarden har nu återinförts tack vare Kristdemokraternas och Moderaternas budget som vann riksdagens gillande hösten 2018. Kömiljarden för 2019 omfattar 1,6 miljarder kronor och 2,9 miljarder kronor år 2020. Kömiljarden ska uppdateras så att inte bara första besöket premieras utan även en längre vårdkedja. Bakgrunden är den undanträngning som började synas i flera regioner efter flera år av gott resultat, vilket medförde att regionerna inte följde riksdagens beslut om prioriteringsordning utan formade verksamheten efter mer av ekonomiska incitament. Därför är det nödvändigt att kömiljarden uppdateras för att minska risken för undanträngning. Det var också riksdagens beslut efter förslag från KD och M. Dessvärre har S/MP-regeringens arbete med att uppdatera kömiljarden inte påbörjats, utöver den mindre ändring som gjordes i avtalet mellan regeringen och SKL i våras. Vi ser mycket allvarligt på att regeringen varit för saktfärdiga i arbetet med att reformera kömiljarden. 137 000 har väntat mer än 90 dagar på operation eller första besöket hos en specialist och det är olagligt länge. Även om arbetet inte tycks vara prioriterat av regeringen, så kommer Kristdemokraterna fortsatt agera för att öka tempot och säkerställa att riksdagens beslut i sin helhet uppfylls.

2.6 Vårdplatsgaranti inom sjukhusvården

Idag har många av Sveriges sjukhus närmast konstanta överbeläggningar vilket innebär att patienter vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning. Det kan handla om att patienter vårdas i korridorer eller i värsta fall utlokalisering på en avdelning som saknar rätt medicinsk kompetens. Överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar patientsäkerheten, men sätter även vårdpersonalen inför svåra etiska problem när de ska välja ut vilka patienter som ska placeras var. Den situation runt överbeläggningar som tidigare ansågs vara en sommarkris är numera normaltillstånd. Om man ser till rikssnittet i landet, har antalet överbeläggningar ökat från 3,2 patienter av hundra (januari 2014) till 6,7 patienter av hundra (juli 2019). Läget efter en närmast kaotisk sommar är ännu inte känt. Databasen Väntetider i vården (vantetider.se) saknar i skrivande stund aktuell data för tiden efter juli 2019.

I likhet med vårdköerna är det stora skillnader i överbeläggningar mellan olika landsting, men också mellan olika sjukhus inom en region. Målet måste vara att alla patienter får plats på en vårdavdelning med rätt medicinsk kompetens. För att det ska vara möjligt att uppnå behövs fungerande vårdkedjor och på många platser även en ökning av antalet tillgängliga vårdplatser. Det måste finnas tillräckligt med flexibilitet i systemet för att klara belastningstoppar.

Kristdemokraterna föreslår därför att regionerna får en prestationsbaserad ersättning om sammanlagt 1 miljard kronor för 2020 och lika mycket årligen därefter, när de klarar målet om maximalt 90 procents beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje region på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Oftast är det fler sjuksköterskor som behövs för att kunna öppna fler vårdplatser. Det innebär att ersättningen för tillräckligt antal vårdplatser behöver i stor utsträckning användas för att minska kompetensbristen och bli en attraktiv arbetsgivare.

2.7 Fortsatt satsning på regionala cancercentrum (RCC) och den nationella cancerstrategin

Arbetet för att förbättra cancervården måste intensifieras ytterligare. Väntetiderna är fortfarande långa och varierar kraftigt beroende på bostadsort. Kristdemokraterna etablerade under alliansregeringen den nationella cancerstrategin och regionala cancercentrum (RCC). Inom RCC i samverkan pågår ett gott arbete med att förkorta väntetiden till behandling genom införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Det är den bästa behandlingen för patienten som formas i de standardiserade vårdförloppen, inte det som kostar minst. Arbetet med SVF utvecklas ständigt och nya kunskaper tillkommer som gör att vad SVF innehåller är en rörlig materia och ska så vara. Kunskap och erfarenhet är det som ska vägleda för att få den bästa cancervården.

Kristdemokraterna och Moderaterna avsatte 500 miljoner kronor i den budget riksdagen antog för 2019 och samma belopp åren därefter för att RCC ska kunna fortsätta med sitt viktiga arbete och kunna uppdatera den nationella cancerstrategin. Tyvärr har regeringen omfördelat dessa resurser i vårändringsbudgeten så att de inte ska

gå till en uppdaterad nationell cancerstrategi, utan till att generellt stärka cancervården i Sverige. Det som gällde vid införandet av den nationella cancerstrategin gäller fortfarande: den ska vara nationell och det ska vara en strategi just för cancervården. Den behöver också ständigt uppdateras. Inte minst behöver de nya terapierna beaktas liksom bristen på rehabilitering. I BP20 finns skrivningar om att den nationella cancerstrategin ska uppdateras årligen men det framgår inte hur uppdraget ges och hur det följs upp. Däremot är det glädjande att det årliga beloppet om 500 miljoner kronor som KD/M-budgeten innebär, förlängs av regeringen. Vidare är det glädjande att de 60 miljoner kronor som KD/M-budgeten avsatte till barncancervården fullföljs av regeringen. Barncancervården behöver fortsätta utvecklas och rehabiliterande insatser förbättras även för s.k. sena effekter.

2.8 Nationell strategi för jämlik sjukvård

Med Cancerstrategin som förebild vill Kristdemokraterna genomföra en satsning på en nationell strategi och SVF för ytterligare minst fem folksjukdomarna där det är lämpligt. Kristdemokraterna vill därför omforma RCC och deras uppdrag till att omfatta också annan vård än behandling av cancersjukdomar. För följande sjukdomsgrupper ska en strategi för SVF tas fram och RCC:s uppdrag utökas: diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, reumatiska sjukdomar samt astma/kol. Arbetet ska vara resultatinkompatibelt med patienten i centrum och vårdprocesserna ska förbättras och effektiviseras i enlighet med SVF. Staten måste vara delaktig i utvecklingsarbetet, liksom professionen och patienterna. Tack vare Kristdemokraternas och Moderaternas budget som antogs av riksdagen 2018 finns nu 100 miljoner kronor till denna strategi.

2.9 Kortare köer till akuten

En del människor upplever akutvården som en enda lång väntan på vård istället för ett akut omhändertagande. Det är de äldre som är mest utsatta enligt Socialstyrelsen som visar att antalet besök på akuten ökar dramatiskt för åldersgruppen över 80 år. Patienter som är 80 år och äldre har längst total vistelsetid på akuten, jämfört med personer 19–79 år gamla. Skälet är oftast att den äldre har behov av akutvård men andra patienter har mer akuta behov och givetvis ska behoven vara det som styr. Ändå är situationen inte acceptabel, varken för äldre patienter eller yngre lika lite som för medarbetarna som kan hamna i svåra etiska dilemman. Det är viktigt att korta väntetiderna på akuten. Kristdemokraternas stora satsning på primärvården och fler vårdplatser kan medverka till bättre förutsättningar för akutsjukvården. Många regioner arbetar med akutvårdsgarantier och en förändrad organisation för att förbättra akutvården. Vi menar att det krävs åtgärder av olika slag för att få den akuta vården att leva upp till sitt namn och för att medarbetarna ska ha en hållbar arbetsmiljö.

Det krävs bättre information till patienterna om vart de ska vända sig i olika situationer. En primärvård som är öppen fler timmar än den är stängd och finns i anslutning till akutmottagningen är en variant som flera regioner prövar med gott resultat. För att förbättra vårdkedjan arbetar vissa huvudmän med så kallade 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 menar vissa regioner.

Vilka metoder som bäst möter behovet kan inte avgöras av den nationella politiska nivån. Däremot medför mer resurser till tillräckligt antal vårdplatser att förutsättningarna för en hållbar akutsjukvård förbättras. Fler specialistsjuksköterskor underlättar för hela hälso- och sjukvården och därigenom även akutsjukvården. Tack vare Kristdemokraternas och Moderaternas budget som antogs av riksdagen 2018 kan 400 miljoner kronor årligen användas för att ge sjuksköterskor möjlighet att utbilda sig till specialistsjuksköterska med bibehållen lön. I budgetpropositionen utökas denna satsning med 100 miljoner kronor vilket vi välkomnar.

2.10 Stöd för att stärka bemanningen inom sjukvården i gles- och landsbygd

Svårigheter att rekrytera och behålla läkare och sjuksköterskor är ett av hälso- och sjukvårdens allra mest allvarliga problem. I själva verket är många av de brister som uppmärksammas och debatteras helt eller delvis en konsekvens av bristande bemanning, även om problemen ges en annan benämning. Kompetens- och rekryteringsproblemen kompliceras av att 21 sjukvårdshuvudmän har mycket svårt att enas om gemensamma riktlinjer. Med 21 huvudmän med olika förutsättningar – som dessutom konkurrerar om kompetent personal – finns knappast den möjligheten. Det återstår då att rikta resurser till regionerna att utveckla arbetsvillkor och bemanningsnivåer som understödjer en mer jämlig vård och som minskar användningen av tillfällig personal.

Det ska handla om att understödja sjukvård i gles- och landsbygd där det idag är svårt. Medlen ska dock inte användas för att förhindra koncentration av sådan vård som bedöms vara högspecialiserad och kräver koncentration för att bibehålla god kvalitet. Såväl bibehålla regionala akutsjukhus och koncentration av viss högspecialiserad vård är nödvändigt men inte enkelt.

En överenskommelse mellan åren 2020–2023 ska träffas där regeringen förbinder sig att stödja huvudmännen under perioden. Vi anslår 800 miljoner kronor årligen för detta ändamål. Åtagandet måste vara långsiktigt och förutsägbart för att huvudmännen ska kunna utveckla en plan för att utveckla de mindre sjukhusens och primärvårdens verksamhet. Även medarbetarna behöver ett långsiktigt åtagande som ger förutsättningar att ta ett ansvar för att utveckla verksamheten på ett sjukhus eller en vårdcentral.

2.11 Digitalisering inom hälso- och sjukvården

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

informationsmängder och processer. Flera saker behöver göras för att vi ska kunna dra nytta av alla de fördelar som digitalisering kan ge. Men det kräver strategiska nationella beslut om standarder och terminologi så att skilda system är kompatibla med varandra. Det handlar framförallt om journalsystem och kvalitetsregister men också andra system. Staten är den mest naturliga instansen för att besluta om standarder. Ett sådant ställningstagande tog en enig riksdag i våras efter motioner från bland annat Kristdemokraterna och regeringen har nu fått mandat att agera. De bör dessutom agera skyndsamt mot bakgrund av de behov som finns inom detta område för hela hälso- och sjukvården. Vi anslår 200 miljoner kronor årligen med syftet att staten stöder utvecklingen på lämpligt sätt så att standarder och terminologi ensas i enlighet med riksdagens beslut.

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

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

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

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

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

hämmar nödvändig utveckling, innovation och forskning samt uppföljning av medicinska resultat och verksamhetsutveckling.

2.12 Nationell strategi för precisionsmedicin

Precisionsmedicin syftar till att ge rätt behandling till rätt patient i rätt tid. I Sverige saknas i dag en entydig definition av vad som avses med precisionsmedicin, men i rapporten Färdplan life science² definieras precisionsmedicin som diagnostiska metoder och terapi för individanpassad utredning, prevention och behandling av sjukdom, applicerade på individnivå eller i delar av befolkningen. Precisionsmedicin innebär att sjukvården i ökande utsträckning går från att behandla alla patienter med en diagnos på ett likartat sätt, till att anpassa behandlingen till enskilda patienters genetiska, miljömässiga och livsstilspåverkade förutsättningar över tid. De nya möjligheterna till mer precis och pricksäker behandling bygger på biologisk information och biomarkörer på molekylnivå hos patienten samt patientdata om hur genetiska faktorer interagerar med miljö och livstilsfaktorer.

För att skapa en långsiktigt stabil och hållbar utveckling inom precisionsmedicin krävs ett samlat nationellt ansvar och styrning. Inte minst med tanke på att statsminister Stefan Löfven (S) i april 2018 signerade EU-deklarationen Towards access to 1 million Genomes in the EU by 2022. Genom att signera deklarationen har Sverige förbundit sig att tillsammans med övriga länder dela data och andra relevanta uppgifter för att öka kunskapen runt den genetiska kopplingen mellan olika sjukdomar och för att bidra i utvecklingen av precisionsmedicin. Detta är ett angeläget åtagande som vi kristdemokrater stödjer, men det bör betonas att det krävs en tydlig nationell strategi för att vi ska kunna nå målet. Det saknas idag.

Ekonomistyrningsverket (ESV) har genomfört en studie som visar att systemet kring precisionsmedicin har ett flertal hinder i relation till målen för näringspolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken och forskningspolitiken. Ett antal av de hinder som ESV presenterar delar precisionsmedicin med andra delar inom hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst brister i dagens lagstiftning och infrastruktur kring hantering av och nationell tillgång till patientdata. Tillgången till patientdata måste säkras omgående. Kristdemokraterna har därför varit drivande i att införa nationell standard för journal-system och kvalitetsregister. Glädjande nog gav en enhällig riksdag ett tillkännagivande till regeringen om att verkställa detta. Ännu har regeringen inte påbörjat arbetet med att genomföra riksdagens eniga tillkännagivande. Det är angeläget att regeringen agerar och verkställer det omgående. Med det krävs fler insatser.

Den vetenskapliga utvecklingen inom precisionsmedicin är snabb. För att skapa ett tydligt nationellt ledarskap runt utvecklingen av precisionsmedicin och för att åtgärda de hinder som är identifierade av ESV anser vi att regeringen skyndsamt ska ta fram en nationell strategi för precisionsmedicin inom ramen för life science-strategin. Strategin bör beskriva riktlinjer för att säkra en framgångsrik struktur för forskning och implementering inom hälso- och sjukvården, men även adressera de etiska aspekterna samt plan för långsiktig finansiering. Detta bör tillkännas regeringen

² Regeringskansliet/Näringsdepartementet 2018, Färdplan life science – vägen till en nationell strategi.

2.13 Spetspatienter

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

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

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

Forskaren Sara Riggare har under lång tid arbetat för att synliggöra patienten i vården och skapa en förändring, inte minst på systemnivå. Hon har etablerat begreppet spetspatienter som numera också ingår i SAOL. Spetspatienterna³ arbetar för att utveckla vården. De anger själva följande om begreppet: ”En spetspatient är en patient eller närstående som vet, kan och vill mer. Utifrån sin egen kapacitet och funktionsförmåga hanterar spetspatienter sina hälsoutmaningar på ett konstruktivt och kunskapsbaserat sätt. Spetspatienter är kunniga egenvårdare som tar ansvar för sin må-bra-tid. De är öppna egnerfarna och arbetar ofta för att förbättra vården och/eller hälso- och sjukvårdssystemet, både för sig själva och för andra patienter.”

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

³ www.spetspatienterna.se.

2.14 Bättre förutsättningar för vårdpersonal

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

Trots att det aldrig funnits fler anställda sjuksköterskor och läkare så råder ändå en stor personalbrist. I Arbetsförmedlingens lista över bristyrken 2017 är sju av de topp 20-listade bristyrkena yrken inom hälso- och sjukvården. Bristen gäller främst olika specialistsjuksköterskor, men även läkare, barnmorskor och psykologer. Såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har återkommande pekat på att bristen på kompetent personal utgör en patientsäkerhetsrisk. Den 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 åtta tjänster. En annan vårdcentral med sex tjänster hade endast tillgång till en tillsvidareanställd läkare med 50 procent tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

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

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

forskning skulle stimulera vårdpersonalens kompetensutveckling och behöver övervägas av alla regioner.

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

Lagstadgad rätt till fortbildning

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

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

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

Vi menar att en lagstadgad rätt till fortbildning av god kvalitet är nödvändig för att få en skola och hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det är förmodligen också en åtgärd som förbättrar arbetsvillkoren och får fler medarbetare att arbeta kvar i sektorn om man får en chans att följa med i forskning och utveckling.

Minska administrativa krav

Byråkratiseringen av hälso- och sjukvården har på goda grunder lett till stor irritation hos vårdens medarbetare. Samtidigt har detaljregleringen – i stort och smått – påverkat snart sagt alla moment i exempelvis en läkares arbete. Det gäller allt från diagnos-sättning till dokumentation och val av behandling. Styrningen av hälso- och sjukvården måste vara tydlig och bygga på begripliga incitament, samtidigt som läkarnas och all annan vårdpersonalens "kliniska autonomi" bibehålls och utvecklas. Som styrningen har sett ut under en lång följd av år är bilden den motsatta. Mer detaljstyrning och mindre möjligheter att påverka sitt arbete är ingen framgångsstrategi. Det visar inte minst tillväxten av hyrpersonal, där många valt ett friare arbetsliv, delvis utanför landstingsledningarnas kravmaskinella administrationssystem.

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

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

Vi förordar en kartläggning och åtgärdsplan i varje region för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön. Fler tjänstepersoner har anställts inom regionerna samtidigt som vi har brist på vårdpersonal. Varje region behöver granska sin verksamhet och medverka till att det främst är vårdpersonal och vårdnära medarbetare som exempelvis medicinska sekreterare som anställs. Det är inom dessa områden en ökning måste ske.

3 Tryggare förlossningsvård och BB

Det föds över hundratusen barn i Sverige varje år och svensk mödra- och förlossningsvård är på många sätt helt fantastisk. Samtidigt finns det i dag stora problem och mycket som behöver göras för att kvinnor ska kunna känna trygghet under graviditeten samt under och efter förlossningen.

Skillnaderna i vård och vårdresultat skiljer sig åt i olika delar av landet, bland annat i antalet förlossningsskador och antalet kejsarsnitt i olika län. Antalet svåra förlossningsskador i Sverige är mycket högt jämfört med andra OECD-länder. Tiden från förlossning till hemgång är på många håll kort, i vissa fall så kort som sex timmar. Enligt Sveriges kvinnolobby är vårdtiden i Sverige lägst i hela EU. Detta samtidigt som bara ett av tre sjukhus alltid erbjuder en uppföljning efter förlossningen. Bristningar, komplikationer, psykisk ohälsa eller amningsproblem riskerar därmed att inte upptäckas i tid.

Enligt en ny rapport från Socialstyrelsen råder det stor brist på barnmorskor i alla regioner. Antalet pensionsavgångar bland barnmorskor är stort och det är svårt att rekrytera samt att behålla barnmorskor. Den överenskommelse om förlossningsvården som regeringen slöt med SKL 2015 och som syftade till ökad bemanning har inte blivit någon succé. Tvärtom. Bara drygt hälften av pengarna har använts till bemanning och det skiljer sig stort mellan landstingen i hur stor andel av medlen som använts till detta. Enligt Myndigheten för vårdanalys gör avsaknaden av tydliga mål och riktlinjer för hur pengarna ska användas att uppdraget har varit otydligt. Vårdanalys senaste utvärdering från juni 2019 visar att det fortfarande finns många allvarliga brister i förlossningsvården som behöver åtgärdas. Regeringen föreslår förvånansvärt nog trots detta att en liknande överenskommelse gällande förlossningsvården ska ingås. Kristdemokraterna är mycket kritiska till att regeringen inte drar lärdom av sitt misslyckande, utan nu riskerar

att göra om samma misstag. Vi anser att 1 miljard kronor för vardera året 2020–2022 istället ska riktas om till tydliga satsningar och prioriteringar inom förlossningsvården.

De stora bristerna i förlossnings- och BB-vården drabbar kvinnor. Att ändra systemet i grunden är därför inte bara angeläget ur ett patientperspektiv utan också ur ett jämställdhetsperspektiv.

Det behövs ett nationellt ledarskap som pekar ut riktningen för hela förlossningsvården. Varje kvinna ska kunna känna trygghet under sin graviditet samt inför, under och efter förlossningen. Kristdemokraterna föreslår därför följande förändringar för att stärka förlossnings- och BB-vården:

Nationellt ansvarstagande för förlossningsvården – mål och kompetenscentrum

Skillnaderna mellan olika regioner vad gäller vårdens kvalitet är oacceptabelt stora. För att få en mer jämlik vård behöver sjukvården, inklusive förlossningsvården, bli statlig. I avvaktan på denna organisationsförändring behöver mer göras. Idag saknas det nationella mål som slår fast vad kvinnor kan förvänta sig av förlossningsvården. Vi vill därför införa nationella mål för förlossningsvården. Vi vill också inrätta ett kompetenscentrum runt förlossningsvården och eftervården. De frågor som kompetenscentrumet bör arbeta med är förebyggande av förlossningsskador, psykisk ohälsa och amning. Vi avsätter 20 miljoner kronor för detta ändamål.

Nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador

Sverige ligger nästan sämst till bland OECD-länderna när det kommer till svåra förlossningsskador, så kallade sfinkterskador eller sfinkterrupturer. I Sverige drabbas mellan fyra och tio procent av de 100 000 kvinnor som föder barn varje år av den svåraste graden av vaginala förlossningsskador. Finland och Norge ligger långt före oss när det kommer till att undvika förlossningsskador.

Idag finns det utarbetade rekommendationer och en portal för att förebygga förlossningsskador. Dessa har tagits fram av olika intresseorganisationer. Nationella riktlinjer saknas dock och detta är något som efterfrågas av olika i professionen när man läser Socialstyrelsens kunskapsstöd. Vi vill att nationella riktlinjer utarbetas av vårt föreslagna kompetenscentrum.

Eftervård med hembesök

Socialstyrelsens rapport Vård efter förlossning visar stora brister i eftervårdens kvalitet beroende på var man bor. Trots korta vårdtider på sjukhusen är det endast vart tredje sjukhus som alltid följer upp kvinnans hälsa efter hemgång. Det kan ta lång tid innan förlossningsskador och andra komplikationer efter en förlossning upptäcks. Vi vill att mödravården får ett särskilt ansvar att följa upp kvinnans hälsa inom en till två veckor efter förlossning. Varje kvinna ska också erbjudas hembesök av en barnmorska som kan ge stöd den närmaste tiden efter förlossningen. Det kan exempelvis vara amningsstöd eller samtal för att upptäcka förlossningsdepression. Vi avsätter 150 miljoner kronor för detta ändamål.

En mamma-rehab-check

En graviditet och förlossning är en stor påfrestning för kvinnan. I vissa fall behövs vårdinsatser för att åtgärda till exempel förlossningsskador. I andra fall behövs fysisk

rehabilitering. Vi vill att alla nyblivna mammor ska erbjudas en ”mamma-rehab-check” som kan användas hos fysioterapeuter med särskilt fokus på graviditet och förlossning. Vi avsätter 50 miljoner kronor för detta ändamål.

Ökad bemanning inom förlossningsvården

Regeringen har slutit överenskommelser med SKL sedan 2015 om förlossningsvården. Enbart drygt hälften av pengarna har använts till bemanning som var det ursprungliga syftet med överenskommelsen. Samtidigt är bristen på barnmorskor stor i alla regioner enligt Socialstyrelsen. Enligt Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) gör avsaknaden av tydliga mål och riktlinjer för hur pengarna ska användas i överenskommelsen att uppdraget har varit otydligt. Vi vill helt och hållet rikta om dessa pengar till våra föreslagna förbättringar inom förlossnings- och BB-vården samt till ökad bemanning. Vi avsätter 500 miljoner kronor för att öka bemanningen inom förlossningsvården.

Fler barnmorskor genom betald vidareutbildning för sjuksköterskor

Brister på platser på BB kan kopplas till bristen på barnmorskor. Fler måste vilja arbeta inom förlossningsvården. Arbetsvillkoren måste förbättras. Fler måste utbildas. För att öka antalet barnmorskor föreslår vi fler utbildningsplatser under UO16. Vi vill också ge sjuksköterskor möjlighet att vidareutbilda sig till barnmorskor med bibehållen lön. På det sättet tror vi att fler tar steget till att vidareutbilda sig. Vi avsätter 70 miljoner kronor för detta ändamål.

För nyutexaminerade barnmorskor vill vi även införa tre månaders introduktion där de går bredvid en erfaren barnmorska utöver den ordinarie bemanningen. Allt för att få en mjukare start in i yrket och för att kunna ta del av kunskapen från erfarna barnmorskor.

Fast barnmorska – ett barnmorsketeam genom hela vårdkedjan

Det behövs bättre kontinuitet i vårdkedjan före, under och efter förlossning. Idag möter kvinnor ofta olika personer för varje del i vårdkedjan. Vi vill att kvinnor ska mötas av ett barnmorsketeam genom hela graviditeten, förlossningen och eftervården – en form av fast barnmorska. Det ger också barnmorskor större möjlighet att variera sitt arbete mellan förlossningsvård, som många gånger är ett tungt fysiskt arbete, mödravård och eftervård. Hur ett system med fast barnmorska ska utformas bör utredas i samråd med Svenska barnmorskeförbundet och patientorganisationer. Vi avsätter 150 miljoner kronor för detta ändamål.

Vi vill också verka för att öka möjligheten till barnmorskeledda enheter med ansvar för hela vårdkedjan – graviditet, förlossning och eftervård – i anslutning till akutsjukhusen. Vi avsätter 30 miljoner kronor för detta ändamål.

Patienthotell inför stundande förlossning

I de delar av landet där det är långa avstånd mellan hemmet och förlossningskliniken finns det en stor oro över att inte hinna fram i tid. Det förekommer också att kvinnor som har möjlighet tillfälligt byter bostadsort under de sista veckorna inför förlossningen för att vara nära sjukhuset. Tryggheten inför den stundande förlossningen måste öka för

kvinnorna som bor i dessa delar av landet. Vi anser därför att istället för att bege sig till sjukhuset med bil när förlossningen har satt igång, bör kvinnor få möjlighet att bo på ett patienthotell i nära anslutning till sjukhuset tillsammans med sin man eller partner inför stundande förlossning. Vi avsätter 30 miljoner för att kunna upphandla hotellrum i anslutning till sjukhus som har förlossningsavdelningar.

4 Kraftsamling för god psykisk hälsa

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.

Att må bra är en självklarhet för många människor. För andra är det en ständig kamp för att kunna må bra. En del drabbas av depression och ångest, andra är drabbade av svår kronisk sjukdom som påtagligt försämrar deras psykiska hälsa och livskvalitet. Ohälsa kan drabba vem som helst samtidigt som det finns hälsoskillnader som beror på livsvillkor och levnadsvanor. De stora skillnaderna i livsvillkor kan vi påverka från det offentliga och kunskap om goda levnadsvanor finns. Det som behövs är en uthållig strategi som gör att alla samhällssektorer medverkar till en god psykisk hälsa hos hela befolkningen.

Hälso- och sjukvården ska hjälpa oss att må bra och ge vård när vi blivit sjuka. Det innebär att hälso- och sjukvården har både ett hälsofrämjande och ett vårdande uppdrag. Hälso- och sjukvården måste klara både det breda hälsofrämjande uppdraget och att ge vård till svårt kroniskt sjuka, såväl vid psykisk som vid somatisk sjukdom. Ska allt detta fungera måste hälso- och sjukvården få fler medarbetare och patienterna måste få chans till en kontinuerlig relation till den vårdkontakt man behöver.

Skolan är också en viktig del i den kraftsamling som behöver göras för att förbättra den psykiska hälsan. Ett rimligt antal elever per lärare, fler professioner (fysioterapeuter, arbetsterapeuter m fl) som bidrar vid sidan av det uppdrag lärarna har och en utbyggd barn- och ungdomshälsa som också inkluderar skolan är nödvändig.

Det civila samhället ger många människor en meningsfull fritid och möjlighet till gemenskap. Det offentliga stöd till det civila samhället behöver utökas och förbättras så att fler får chansen att vara med.

En påtvingad ensamhet påverkar hälsan. Oavsett ålder är relationer viktiga. En god relation berikar livet. Det offentliga har ett ansvar att skapa förutsättningar för samhällsgemenskap. Det handlar om hur orter och städer planeras, boendemöjligheter, tillgången till kultur och mycket mer.

Psykisk ohälsa är en stor anledning till sjukskrivningarna idag. Ohälsan kan bero på skilda saker som inte alls har med arbetet att göra. Men arbetsgivarens engagemang är en viktig del i en hållbar rehabilitering för medarbetaren. En god psykisk hälsa är ett viktigt mål för folkhälsopolitiken. Men det kan inte enbart lösas av den enskilde eller av

hälso- och sjukvården. Det är många sektorer som behöver samverka för att det ska bli en uthållig förändring.

Ökad psykisk ohälsa hos barn och unga behöver särskilt lyftas fram. Enligt Socialstyrelsen uppger allt fler ungdomar psykiska besvär som oro eller ångslan. Det är framförallt depressioner, ångestsjukdomar och missbruk som ökar. Det har också skett en ökning bland ungdomar som behöver sjukhusvård på grund av psykisk sjukdom. Några säkra och fulla svar på vad som är orsak till den mörka utvecklingen med ökad psykisk ohälsa bland barn och unga finns inte idag. Men det finns saker som vi redan känner till för att kunna påbörja arbetet med att vända utvecklingen.

Regeringens psykiatrisamordnare anger i sitt slutbetänkande (december 2018) att det inte är bristande resurser eller politisk vilja som är problemet. Miljarder har lagts till sektorn och projekt på projekt har genomförts. Istället för nya kortsiktiga satsningar menar psykiatrisamordnare Kerstin Evelius att långsiktighet är avgörande och att alla – skolan, hälso- och sjukvården, arbetsgivare, det civila samhället m fl – gör sin del för att förbättra den psykiska hälsan. Först då kan en förändring ske.

Satsning på första linjens vård för barn och ungdomar

Familjecentraler, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, 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, elevhälsa, 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. Ett tidigt och ihållande stöd till föräldrar är avgörande för att förebygga och stödja barns och ungdomars psykiska hälsa. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (dir. 2019:49) har när det gäller barn och unga med lättare psykisk ohälsa i uppdrag att föreslå hur insatser bättre ska samordnas för att uppnå en sammanhängande vårdkedja. Förslagen ska bl.a. bidra till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser. Detta är i linje med Kristdemokraternas förslag ovan och vi välkomnar därför utredningen. Mer om våra förslag för att stötta föräldrarna finns längre fram i denna motion.

En samlad barn- och ungdomshälsa och elevhälsogaranti

En god kunskapsutveckling kräver också en bra skolmiljö och elevhälsa. Elever som mår bra lär sig bättre. En väl utvecklad elevhälsovård främjar också det förebyggande arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga. Elevhälsan måste rustas långsiktigt för att bättre kunna möta och stödja barn och unga med psykisk ohälsa.

Under alliansregeringens tid infördes ett statsbidrag för att stärka elevhälsan. Trots detta har mer än var tredje grundskola och nästan varannan gymnasieskola fått påpekande från Skolinspektionen om brister som rör elevhälsan. Enligt Inspektionen för vård och omsorg förekommer det brister bland landets huvudmän när det gäller kännedom om vårdgivaransvaret för elevhälsan. Detta har varit ett problem under flera år, trots att försök har gjorts för att åtgärda bristerna genom vägledningar. Kristdemokraterna vill därför stärka elevhälsan långsiktigt genom att

- ge regionerna ett samlat uppdrag för hela barn- och ungdomshälsovården. Det innebär att den medicinska elevhälsan inte längre ska ha skolan som huvudman. Skolsköterska, skolläkare, skolkurator och skolpsykologer bör finnas ute i verksamheterna men bör ha samma huvudman som övrig vårdpersonal för barn. En samlad barn- och ungdomshälsa ska syfta till att öka tillgängligheten till vårdcentralerna, elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är avgörande att, i ett tidigare skede än idag, fånga upp barn som mår dåligt.
- skolan har fortsatt huvudmannaskap för specialpedagoger och speciallärare. Den samlade barn- och ungdomshälsovården ska ha ett nära samarbete med skolledningar, lärare, specialpedagoger och kommunernas socialtjänst.
- fler kompetenser behöver finnas i de ungas skolmiljö för att stärka det hälsofrämjande. Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, det civila samhället är exempel på de som kan bidra till en bättre hälsa.
- införa en elevhälsogaranti som innebär att varje elev ska kunna komma i kontakt med elevhälsan varje dag.

Vi avsätter 380 miljoner kronor per år för att stärka elevhälsan och samla uppdraget för barn- och ungdomshälsovården. 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. Vi ser fram emot att även vårt förslag om en samlad barn- och ungdomshälsa kan komma att ingå i förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, nämnd ovan.

Korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri (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 prestationsbaserade medel. Köerna till barn- och ungdomspsykiatri ska kortas ytterligare. Tack vare KD/M-budgeten har medel tillförts för att korta köerna till BUP.

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 försämrats. Vården måste också utformas så att den unga vuxnas behov kan tillgodoses, vilket inte alltid fungerar i den reguljära vuxenpsykiatri.

Psykiatriambulans

Vid akutlarm om att någon mår psykiskt dåligt och man befärrar att personen försöker eller har tankar på att begå självmord skickas idag oftast en polispatrull ut. Under förra året åkte polisen på 15 123 larm gällande självmordsförsök. Nästan två larm i timmen, dygnet runt, året runt. Detta trots det faktum att poliser inte har psykiatrisk utbildning för att möta personer i en akut psykiatrisk kris på bästa sätt.

Att avlasta polisen från att åka på dessa larm skulle innebära att avsevärda resurser frigörs som istället kan användas till reguljärt polisarbete. Det är en viktig del i Kristdemokraternas politik att inte bara se till att det anställs fler poliser, utan också att dessa kan användas till myndighetens kärnverksamhet: Att bekämpa brott.

På flera håll i landet finns nu istället s.k. psykiatriambulanser. Det är en ambulansliknande akutbil med utbildad hälso- och sjukvårdspersonal som åker ut vid larm om självmordsförsök, psykoser och kriser av liknande slag. Det blir ett bättre omhändertagande av den som mår akut psykiskt dåligt. Dessutom blir det en naturlig koppling till hälso- och sjukvården som kan ge ändamålsenlig uppföljande psykiatrisk vård när den akuta krisen är över. Samtidigt avlastas polisen och de kan fokusera på polisiära arbetsuppgifter som ligger inom deras kompetensområden, som brottsförebyggande verksamhet och ingripande vid brott.

I exempelvis Region Stockholm finns sedan 2015 Psykiatrisk Akut Mobilitet (PAM). Utvärderingen av denna visar på goda resultat, framför allt för att man har kunnat undvika polisiär inblandning i omhändertagandet av personer med akuta psykiatriska tillstånd. Kristdemokraterna satsar 280 miljoner på utbyggnad av psykiatriambulanser i hela Sverige under anslag 1:8.

Förstärk arbete med självmordsprevention

Varje år tar cirka 1 500 personer sina liv i Sverige. Självmord är omgärdat av myter, okunskap, stigma och skam. Genom att få bättre kunskap om hur stort problemet är och vad vi alla kan bidra med kan vi förebygga tragedierna. Det förebyggande arbetet mot självskadebeteende, självmordsförsök och självmord 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 personer i dessa riskgrupper. Regeringen måste stärka sitt arbete i denna del.

Handlingsplaner för självmordsprevention

För att säkra ett effektivt förebyggande arbete är det avgörande att följa upp att det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention⁴ anpassas och implementeras på såväl regional som kommunal nivå. Dessa handlingsplaner kan även omfatta arbetet med första linjens sjukvård i kommuner och landsting. Vikten av lokala handlingsplaner belystes nyligen av Folkhälsomyndighetens kartläggning (2017) som visar att endast 10 av 21 landsting/regioner har en handlingsplan med uttalade mål att förebygga självmord. En nylig rapport ifrån Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen identifierar 650 felhändelser när vården av 228 patienter granskades. Det handlade om vårdåtgärder inklusive suicidriskbedömningar som gjordes bristfälligt, fördröjdes eller uteblev. Runt 60 procent av fallen vi granskat saknade en vårdplan. Rapporten visade också brister i samverkan mellan olika vårdaktörer med ansvar för patienten.

I en studie av Ullakarin Nyberg undersöktes 700 föräldrar som mist ett barn i självmord och det visade sig att en stor andel av dem själva led av psykisk ohälsa, till exempel ångest och depression. Det är därför viktigt att samhället står rustat även för att ge anhöriga nödvändig hjälp och stöd att bearbeta det som hänt när någon närstående har begått självmord.

Anmälningsskyldighet för hälso- och sjukvården och socialtjänst vid självmord

Fram till den 1 september 2017 var det obligatoriskt att anmäla till IVO för utomstående utredning enligt lex Maria om någon begått självmord inom fyra veckor efter senaste gången den stod i kontakt med vården. Men när Socialstyrelsen ändrade sina föreskrifter slopades anmälningsskyldigheten då den enligt myndigheten saknade lagstöd. Tillsynsmyndigheten IVO fick in i genomsnitt närmare 40 lex Maria-anmälda självmord per månad januari–augusti 2017. Januari–augusti 2018 – efter regeländringen – rörde det sig om knappt 12 per månad. För att på bästa sätt arbeta preventivt för att minska antalet självmord är det avgörande med nationell statistik som belyser situationen. Vi anser därför att det ska införas anmälningsskyldighet för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten vid självmord.

”Haverikommission” när en person begått självmord

Vi vill även, baserat på ett arbetssätt som finns i Storbritannien, att det tillsätts en ”haverikommission” när en person har begått självmord. Socialtjänst, skola, polis, sjukvård och civilsamhället ska då tillsammans göra en utredning om vad som hänt och vad som har brustit så att vi kan bli bättre på att förhindra dessa tragedier.

Skolbaserat självmordspreventivt arbete

Ett skolbaserat suicidpreventivt arbete som har varit framgångsrikt är ”The Trust (To Reach Ultimate Success Together) Program” som initierades i Miami under slutet av 1980-talet. Syftet med programmet var att minska narkotikaanvändningen och den psykiska ohälsan bland unga i Miami. En stor mängd kuratorer anställdes vid Miamis skolor med målet att ha en högutbildad kurator per 275–400 elever. Kuratorerna undervisar eleverna i livskunskap med syftet att ge ungdomarna verktyg att lösa en del av de livsproblem de ställs inför under sin uppväxt. Den höga kuratorstätheten skapar

⁴ Folkhälsomyndigheten, 2016, Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention.

också en trygghet för eleverna genom att de vet att de alltid kan vända sig till kuratorn när de behöver hjälp. Därtill tränas lärarna i Miami regelbundet i att känna igen varningstecken för när unga mår dåligt.

Folkhälsomyndigheten har i en litteraturöversikt (Utblick folkhälsa) visat att skolbaserad prevention kan minska suicidförsök och suicidtankar, men belyser samtidigt att få skolbaserade program är utvärderade med randomiserade kontrollerade studier (RCT), som ger det säkraste vetenskapliga underlaget vid utvärderingar av effekten av en insats. Baserat på de positiva effekterna av Trustprogrammet i Miami bör effekten av ett liknande skolbaserat suicidpreventionsprogram på lämpligt sätt utvärderas i Sverige.

5 Missbruks- och beroendevård

Det är viktigt att konstatera att missbruk och beroende är en sjukdom och inte ett resultat av bristande karaktärsdrag. Vissa anser att det är kontroversiellt, men hjärn-avbildningsmetodik visar tydligt att långvarigt och upprepat alkohol- eller narkotika-intag ger förändringar i hjärnan⁵. När vi äter god mat, motionerar eller har sex frisätter hjärnans belöningssystem dopamin; vi får en känsla av välmående. När vi dricker alkohol eller använder narkotika, aktiveras samma system i hjärnan, men mycket mer dopamin frisätts. Vi upplever en berusande känsla. Vid upprepad berusning minskar emellertid dopaminaktiviteten i belöningssystemet gradvis. Stämningläget i nyktert tillstånd sjunker. Ångest och depression är vanligt. Förändringarna i belöningssystemet gör även att ett starkt sug efter alkohol/narkotika skapas. Suget driver på ett tvångsmässigt drickande. Alkoholen/narkotikan är nödvändig för att slippa att må dåligt. Parallellt med förändringarna i belöningssystemet minskar även aktiviteten i den främre delen av hjärnan. Det gör att impulskontrollen och förmågan att stå emot suget försämras. Det blir svårt att ”nöja sig med” att bara dricka en öl eller ett glas vin. Förändringarna i hjärnan gör att det kan vara övermänskligt att bara ”rycka upp sig” och sluta dricka alkohol eller använda narkotika. Man försummar arbete, familj och barn för att i stället dricka, eller planera för att dricka eller använda narkotika. När vi definierar missbruk och beroende som sjukdom måste det få konsekvenser i hur dessa patienter bemöts och vilka insatser som erbjuds.

Låt hälso- och sjukvården vara ensam huvudman för missbruks- och beroendevården

Ansvar för missbruks- och beroendevården delas idag av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kristdemokraterna genomförde under regeringstiden flera åtgärder för att förbättra vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik. Det omfattade bland annat krav på överenskommelser mellan de båda 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. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar i sin rapport Att komma överens – En uppföljning av

⁵ <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>.

överenskommelser inom missbruks- och beroendevården (2017:1) att 19 av 21 landsting har länsöverenskommelser på plats, men endast 62 procent (153 av de 246) av de svarande kommunerna uppgav att det fanns lokala överenskommelser. Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatrin, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Vidare påpekar huvudmännen att det varit svårt att komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, särskilt på lokal nivå och när det gäller det finansiella ansvaret.

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 samverka med SKL med fokus på att stärka barn- och föräldraperspektivet i vården bland annat genom att uppmuntra en systematisk samverka 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.

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter inom beroendevården, men trots insatser för att förbättra samverka mellan de båda huvudmännen visar redovisningen ovan att det dessvärre är många människor som inom dagens organisation inte får den hjälp de behöver för att komma ur sin beroendeproblematik. Det handlar dels om personer med lättare alkoholproblem som undviker att söka hjälp då de anser det för stigmatiserande att vända sig till socialtjänsten.⁶ En avhandling av Sara Wallhed Finn vid Karolinska institutet visar att kort insats inom primärvården kan erbjuda effektiv behandling till dessa personer. Vi anser därför att missbruks- och beroendevården inom primärvården bör utökas och intensifieras (se avsnitt 2.3). När det gäller personer med svårare missbruk och beroende medför det dubbla huvudmannaskapet att de slussas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Effekten blir att de inte får den sammanhållna vård och behandling de behöver. De sammantagna negativa effekterna av det nuvarande dubbla huvudmannaskapet har lett till att Kristdemokraterna har landat i ställningstagandet att ansvaret för missbruks- och beroendevården bör överföras på hälso- och sjukvården som ensam huvudman. Under det gångna året har Kristdemokraterna varit pådrivande i frågan om en gemensam huvudman för personer med samsjuklighet och såg med glädje att en enig riksdag gav följande tillkännagivande till regeringen: ”Regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman.”

⁶ Hausken m.fl., 2016, Läkartidningen.

Tyvärr har regeringen hittills inte redovisat vare sig översyn eller utredning. Denna saktfärdighet från regeringens sida är inte bara ett nonchalant agerande mot riksdagens beslut utan framförallt ett svek mot alla de som idag slussas mellan olika huvudmän och inte får den vård och behandling de har rätt till. Kristdemokraterna kommer fortsätta att driva på i denna fråga fram till dess att regeringen lägger fram ett förslag.

I likhet med all annan vård bör beroendevården utgå från perspektivet att i första hand försöka bota och behandla den aktuella sjukdomen och i andra hand i största möjliga mån lindra sjukdomssymptomen. Genom att låta hälso- och sjukvårdslagen bli styrande även inom beroendevården, kan också tillgängligheten till vård och behandling säkras. Den patient som bedöms vara i behov av vård ska också garanteras detta. Likaså ska de som är i behov av sociala insatser garanteras det även när hälso- och sjukvården är ensam huvudman för missbruks- och beroendevården.

Förbättrad vård vid samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och beroendesjukdom

Många personer med missbruksproblematik lider samtidigt av svår psykisk sjukdom. I dag finns en gränsdragningsproblematik mellan lagen om vård av missbrukare (LVM) å ena sidan och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) å andra sidan. För personer som bedöms vara i störst behov av tvångsåtgärder kopplade till sitt missbruk tillämpas som regel LVM, medan den psykiatriska tvångsvården vid till exempel behandling av akuta psykiska komplikationer efter avgiftning används som en sista utväg. Följden av detta blir att människor som är i behov av såväl psykiatrisk tvångsvård som vård enligt LVM inte får den hjälp de behöver och hamnar i kläm mellan olika lagstiftningar. Därför bör möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med behov av insatser från såväl missbruksvården som psykiatrin utredas snarast. Det är glädjande att även detta förslag fick stöd ifrån en enig riksdag och att det i maj 2019 gavs ett tillkännagivande till regeringen om att utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. S/MP-regeringen har ännu inte vidtagit några åtgärder till följd av tillkännagivandet. Kristdemokraterna kommer därför följa frågan noga och driva på för att få regeringen att agera.

6 Möjliggörande av fler organdonationer

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

Utredningen om donations- och transplantationsfrågor, Organdonation – En livsviktig verksamhet (SOU 2015:84), lade fram en rad förslag om hur informationen om möjligheten att ta ställning till att donera sina organ skulle kunna bli bättre och om hur fler organ skulle kunna tas tillvara. Utredningens förslag togs väl emot av remissinstanserna, men enligt Regeringskansliets jurister kunde ett av förslagen strida mot grundlagen. En ny utredning, ”Medicinska insatser som syftar till att främja donation av biologiskt material”, tillsattes därför och dess förslag presenterades i maj 2019. Kristdemokraterna menar att det är ytterst angeläget att regeringen denna gång lämnar

förslag så att möjligheten till organdonation kan förbättras. Vår initiala bedömning av den senaste utredningen är att den bör kunna ligga till grund för en proposition. Arbetet med att ta fram en proposition bör ske skyndsamt av regeringen.

7 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.

För Kristdemokraterna är det avgörande att välfärden präglas av hög kvalitet och professionalism. Lika viktigt är det att välfärden tillgodoser den enskildes behov, val och önskemål. Lagstiftning om det fria vårdvalet i primärvården infördes 2010 av alliansregeringen och innebär valfrihet för patienten. Offentliga monopol avskaffades till förmån för en mångfald av vårdgivare. Att låta privata entreprenörer verka inom sjukvården på samma villkor som offentliga utförare är en viktig del av valfrihetsreformerna. 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. Patientenkäter visar att det fria vårdvalet har ett mycket starkt stöd.

Tillgänglighet har förbättrats genom fler vårdcentraler och ökade öppettider. 87 procent av alla patienter har minst en privat vårdcentral i sin kommun.⁷ Siffror från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att privata vårdgivare ansvarar för 24 miljoner vårdbesök (varav 19 miljoner i primärvården), motsvarande 35 procent av alla patientbesök. Dessutom servar privata hemtjänstföretag 41 000 äldre vilket motsvarar 23 procent av alla hemtjänsttimmar. Privata äldreboenden är hem åt 18 000 äldre vilket motsvarar 21 procent av alla äldreboenden.

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.

⁷ Almega Vårdfakta 2019.

Vi vill att vårdvalet ska gälla all öppenvård, dvs. även sådan öppenvård 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 som haft rödgrönt styre 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. Om staten ges ett huvudansvar för vården blir förändringen möjlig. 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. Det krävs ett större nationellt ansvars-tagande inom detta område. Det är för stora skillnader mellan ”regelböckerna” inom landstingen, och utvecklingen med digitala vårdmöten behöver en samordnad reglering för hela landet.

Släpp vårdkraften fri

Patientlagen ger i teorin patienter rätt att söka öppen specialiserad vård hos alla offentligt finansierade vårdgivare som bedriver en högkvalitativ vård inom en viss specialitet. Syftet med patientlagen var dels att stärka patienternas ställning, dels öka tillgängligheten till vård.

I praktiken begränsas dock patientlagen av de avtal som regionerna tecknar med vårdgivare eftersom avtalen i de flesta fall innehåller olika former av tak för hur många patienter en vårdgivare får ta sig an. Taken omfattar även patienter som regionerna inte har kostnadsansvar för. Många vårdgivare vittnar om att de skulle kunna öka sin kapacitet mycket kraftigt om de gavs möjlighet att åta sig alla patienter som efterfrågar vård.

Kristdemokraterna anser att intentionen med patientlagen var rätt och att de van-tolkningar av lagen som många regioner gjort måste upphöra. Patientlagen bör därför förtydligas så att regionernas möjlighet att sätta tak för hur många patienter en vård-givare får åta sig helt elimineras.

Det finns emellertid ingenting som hindrar regionerna från att omedelbart avskaffa taken i befintliga avtal. Kristdemokraterna föreslår därför ett stimulansbidrag om sammanlagt 200 miljoner kronor per år som utbetalas till de regioner som senast vid årsskiftet har avskaffat samtliga tak i vårdavtal inom den öppna specialiserade sjukvården.

Stoppa förluster – inte vinster – inom välfärden

Det finns ett reellt hot mot hela välfärden på grund av att några partier vill införa vad de kallar ett vinsttak för privata aktörer men som i praktiken skulle innebära ett nästan totalt stopp på möjligheterna att långsiktigt driva och utveckla dessa verksamheter. Ett vinsttak enligt Välfärdsutredningens förslag skulle försämra förutsättningarna för de privata aktörerna så radikalt att de inte skulle kunna fortsätta sina verksamheter. Det så kallade vinsttaket innebär enligt utredningens förslag att företagets vinst får motsvara maximalt 7 procent av det bokförda operativa kapitalet per år. Det motsvarar ett

överskott om ca 0–2 procent vilket är för lite för att klara investeringar eller för att utgöra buffert för oväntade händelser.

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

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

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

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

Generell tillståndsplikt

Inom såväl privat som offentlig välfärd finns det verksamheter som håller för låg kvalitet. Att komma till rätta med dessa kvalitetsbrister är en central uppgift. Kristdemokraterna ser det som helt nödvändigt med höga och tydliga kvalitetskrav på samtliga aktörer inom välfärden. Från och med den 15 april 2017 finns inget undantag

från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra. Den förändringen var välkommen. Men krav ska ställas även på offentlig utförare, inte bara på verksamhet driven i privat eller i annan regi.

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

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

Om en verksamhet som drivs inom privat regi inte får tillstånd av IVO, tvingas kommunen att överta verksamheten. Den tillämpning av lagen som nu görs där tillståndsplikten endast gäller privata aktörer, medför därför i praktiken att kommunen kan fortsätta driva verksamheten i precis samma lokaler och under precis samma förutsättningar som IVO har bedömt inte uppfyller kraven för att få ett tillstånd. Konsekvensen av detta, för såväl omsorgstagare som medarbetare, är att kommunalt driven verksamhet riskerar uppfylla sämre villkor än de krav som tillsynsmyndigheterna ställer på motsvarande utförare inom privat driven verksamhet.

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

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

Inför en rimlig kostnad för tillståndsprövning hos IVO

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

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

Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare

Det är viktigt att medborgarna har god insyn – inte bara i vårdens och omsorgens kvalitet, utan också i vårdgivares ekonomi och de anställdas villkor. Nivån på öppenheten bör öka ytterligare och de etiska kraven på såväl offentliga som privata vårdgivare behöver förtydligas. Därför initierades under 2013 arbetet med en etisk plattform med riktlinjer som alla offentligt finansierade vård- och omsorgsgivare ska följa. Det övergripande syftet är att alla utförare – oavsett ägarstruktur och driftsform – ska kunna jämföras öppet och transparent. De kollektivavtalsslutande parterna arbetade intensivt med att få till stånd en gemensam databas och publiceringsplatsen valfardsinsyn.se. Arbetet är långt framskridet och det är enligt projektet ett kort steg till att kunna börja användas för äldreboenden och vårdcentraler. Hittills har projektet kostat 13,8 miljoner kronor. Plattformen skulle ursprungligen ha lanserats våren 2017 men den har tills vidare lagts på is. Orsaken till detta är osäkerheten kring statens reglering och styrning av utförare inom vård och omsorg. Parterna säger sig alltjämt vara mycket angelägna att bidra till att skattemedel ger bästa möjliga nytta och att kvaliteten i verksamheterna är god. Pausläget förefaller dock kvarstå till dess att regeringen är intresserade att återuppta en dialog med parterna. Det är angeläget att arbetet återupptas och att alla inblandade parter, inte minst regeringen, känner ett fortsatt ansvar i detta.

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

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

8 Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg

Att bygga ett samhälle där alla kan åldras i trygghet och värdighet är ett angeläget mål för Kristdemokraterna. Ett välfärdssamhälle kan i hög grad bedömas utifrån kriterier som respekt, tillvaratagande och omsorg om den äldre generationen. Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg. Var och en ska ses som en person med eget och unikt värde med skilda intressen och bakgrunder. God vård, ett behovsanpassat boende och självbestämmande över sin vardag är en självklarhet – hela livet.

Tidigare vårdades majoriteten av våra äldre med demenssjukdom på ett äldreboende eller det vi kallade demensboende. Nu har antalet platser på äldreboende kraftigt skurits ner. Samtidigt har antalet demenssjuka och gruppen multisjuka ökat. Fler och fler äldre som själva upplever att de har behov av särskild vård och omsorg blir idag nekade boende på ett så kallat särskilt boende. Biståndsbedömningarna har blivit hårdare och då anses de för friska. I vissa kommuner finns det helt enkelt inte tillräckligt många platser i särskilt boende. Istället erbjuds mer omfattande hemtjänst i det egna hemmet.

Ensamhet och isolering i det egna hemmet, efter att livskamraten har drabbats av demenssjukdom eller har gått bort, leder inte sällan till en depression. I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (2016/2017) visade det sig att mer än var sjunde person över 85 år lever i social isolering. Det vill säga de bor ensamma och träffar inte anhöriga, vänner eller bekanta oftare än ett par gånger i månaden. Hela åtta procent av samma grupp är så kallat höggradigt socialt isolerade, vilket innebär att även kontakter via telefon och över internet sker mer sällan än en gång i veckan. Utöver det mer objektiva måttet kring social isolering, har tidigare undersökningar visat att långt fler upplever ensamhet. Bland de som är 85 år och äldre upplevde 35 procent av kvinnorna och 24 procent av männen ensamhet.

För att bryta ensamheten önskar många äldre flytta till ett så kallat trygghetsboende. Där finns det möjlighet till stark social gemenskap och inte sällan finns det personal under dagtid som kan stödja de boende med enklare sysslor. Boende på trygghetsboende vittnar om minskad psykisk ohälsa, en känsla av gemenskap och höjd livskvalitet. Dessvärre är det en brist på trygghetsboende i flera kommuner. Dessutom blir boendekostnaden ofta högre i ett trygghetsboende än i det egna hemmet på grund av särskilda anpassningar som behöver göras såsom större trapphus och badrum eller fler gemenskapsytor. Många äldre, och framför allt de med svagast ekonomi, är därför hänvisade till fortsatt ensamhet.

Det är viktigt att en sammanhållen politik med inriktning mot de äldre i samhället inte bara får handla om vård och omsorg. Svensk politik förmedlar i dag i allt för stor

utsträckning att människor som passerat 65 inte har något mer att bidra med till samhället och inte har samma behov av valfrihet som andra. Det friska åldrandet, tillvaratagande av de äldre är en värdefull resurs i samhället och ett väl fungerande samspel mellan generationerna är viktiga beståndsdelar i Kristdemokraternas seniorpolitik.

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 anhörigvårdare 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 utbildningsinsats för undersköterskor och vårdbiträden.
- Införde att IVO, Inspektionen för vård och omsorg, ansvarar för tillsynen.
- Införde ett nationellt system för öppna jämförelser.

Kristdemokraterna gör därför stora satsningar på de äldre. I den budget som vi, tillsammans med Moderaterna, fick igenom i riksdagen hösten 2018 presenterade vi kraftfulla reformer för att fler äldreboenden skulle byggas, pensionärernas ekonomi skulle förbättras och äldres möjligheter till gemenskap skulle stärkas. Tyvärr har januaripartierna skurit ner på flera av dessa satsningar. I vårändringsbudgeten 2019 försvann till exempel över 300 miljoner kronor som skulle ha gått till gemenskapsfrämjande aktiviteter inom äldreomsorgen, mer idrott för äldre och ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten.

I vårt budgetalternativ skjuter vi därför till stora resurser utöver regeringen till äldreomsorgen för 2020. I detta finns en stor satsning på att äldreomsorgens personal ska få bättre arbetsvillkor och fler möjligheter till fortbildning. Här finns även satsningar på förbättrad livskvalitet och fler gemenskapsmöjligheter för äldre.

Därutöver föreslår vi förstärkningar av de äldres ekonomi. Det är bra att regeringen nu genomför den förbättring av bostadstillägget för pensionärer som Kristdemokraterna drivit på för inom ramen för pensionsgruppen och som enligt M/KD-budgeten skulle ha genomförts redan i juli 2019. Vi går ännu längre och föreslår en ytterligare höjning av hyrestaket i bostadstillägget för pensionärer. Till skillnad från regeringen föreslår vi sänkt skatt för alla pensionärer, inte bara de med pensioner på över 17 200 kronor. Detta är utöver den stora skattesänkning pensionärerna fick tack vare M/KD-budgeten. Vi genomför också en ny reform som innebär ytterligare höjning av jobbskatteavdraget för de som är över 69 år.

8.1 Äldreboendegaranti och äldreboendemiljard

Allt fler äldre som själva upplever att de har behov av särskild vård och omsorg blir idag nekade boende på ett så kallat särskilt boende. Biståndsbedömningarna har blivit hårdare och då anses de för friska. I vissa kommuner finns det helt enkelt inte tillräckligt många platser i särskilt boende. Istället erbjuds mer omfattande hemtjänst i det egna hemmet. 2018 rapporterades 4 517 ej verkställda beslut in till IVO gällande äldre som blivit lovade en plats i särskilt boende men fått vänta längre än tre månader.

Kristdemokraterna kräver att den som fyllt 85 år ska ha en lagstadgad rätt att få flytta till ett anpassat boende som till exempel särskilt boende eller trygghetsboende när personen själv bedömer att behovet finns. Möjligheten att bygga mer flexibelt med såväl särskilt boende som trygghetsboende inom samma fastighet bör utvecklas.

Kristdemokraterna gör därför också stora satsningar på att få fram fler platser i äldreboenden. I den budget som vi, tillsammans med Moderaterna, fick igenom i riksdagen hösten 2018 presterade vi kraftfulla reformer för att fler äldreboenden skulle byggas, men tyvärr har S/MP-regeringen skurit ner på eller riktat om dessa satsningar till mer ineffektiva stöd. I vårändringsbudgeten 2019 försvann t ex 200 miljoner kronor som var tänkta att stimulera byggandet av fler trygghetsboenden genom att kommunerna skulle kunna erbjuda trygghetsvårdar till dessa boenden. Utöver denna neddragning gjorde regeringen om det prestationsbaserade stöd som skulle stimulera kommuner att bygga särskilda boenden till ett generellt stöd, och det investeringsstöd som var öronmärkt för trygghetsboenden styrdes om till biståndsbedömda boenden med högre trösklar. De viktiga satsningarna på att få fram fler trygghetsboenden, så att fler äldre kan flytta till anpassade boenden tidigare – och dessutom senarelägga en eventuell flytt till kostsamma särskilda boenden – blev därför inte av. I budgetpropositionen skär regeringen ned ytterligare 200 miljoner kronor på investeringsstödet för äldrebostäder.

För att stärka de äldres rätt att få tillgång till en anvisad plats på särskilt boende inom tre månader avsätter vi 550 miljoner kronor per år till en prestationsbaserad ersättning till de kommuner som klarar att anvisa platser inom tre månader. Vi föreslår även en höjning av den lägre gränsen för vitesbelopp när kommunerna inte klarar att leverera särskilt boende i tid. Vitesbeloppet är idag mellan 10 000 kronor och 1 miljon kronor. Den lägre gränsen behöver höjas till 25 000 kronor. Vi vill även pröva möjligheten att ekonomiskt kompensera den som inte får en plats på boende på utsatt tid.

En äldreboendegaranti utan äldreboenden är inte värd något. För att klara löftet om en äldreboendegaranti behövs fler och olika typer av äldreboenden. Stimulansmedel 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 mer per år för att fler bostäder ska byggas och höjer bostadstillägget för äldre med låga pensioner så att de har bättre råd med de nybyggda äldrebostäderna.

Vi återinför också den satsning på gemenskapsvårdar som regeringen strök ur KD/M-budgeten. Förutom att anställa gemenskapsvårdar till trygghetsboenden kan medlen även användas till andra gemenskapsfrämjande aktiviteter inom äldreomsorgen.

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.

8.2 Förbättrade personalvillkor inom äldreomsorgen

Forskning visar att kvalitativ äldreomsorg förutsätter ett personcentrerat bemötande där personalen kan skapa en trygg miljö och en personlig relation med den äldre. För att det ska vara möjligt behöver äldreomsorgens personal ges goda förutsättningar att göra ett bra jobb.

Den som arbetar med viktig välfärdsverksamhet inom hemtjänsten eller på ett vård- och omsorgsboende behöver goda arbetsvillkor för att kunna ge kvalitativ omsorg. Det är också viktigt för att omsorgsyrken ska vara attraktiva så att personalförsörjningen kan fungera – en nyckel för att möta välfärdens behov i framtiden. Redan idag råder arbetskraftsbrist inom äldreomsorgen – 70 procent av personalen uppger att bemaningen är otillräcklig minst någon dag per vecka. Dessutom kommer gruppen äldre över 80 år att öka med 40 procent fram till 2026. Enligt SKL behöver därför antalet anställda inom äldreomsorgen öka med 67 000 personer (24 procent) under tidsperioden.

Men tyvärr är arbetsvillkoren på många håll inte tillräckligt bra – var tredje person som arbetar inom äldreomsorgen vill sluta. Löneläget är ofta lågt och det finns små möjligheter att byta arbetsgivare när det inte finns valfrihetsystem och därmed konkurrens om medarbetare. Dåligt utformade upphandlingar kan dessutom leda till att viss personal får sämre villkor.

Därtill finns det på många håll orimligheter i arbetstid, bland annat på grund av så kallade delade turer, som ofta kraftigt drar ned medarbetares livskvalitet och möjligheter till familjeliv. Delade turer innebär två arbetspass som är uppdelade med en längre rast än en lunchrast emellan. Systemet är omvittnat tröttande och beskrivs av många anställda i mycket negativa ordalag.

Dåliga scheman bidrar till stress och sjukskrivningar. Närmare 80 procent av personalen inom äldreomsorgen upplever psykisk ansträngning och jäkt i arbetet minst en gång i veckan och över hälften upplever detta i stort sett varje dag. Vi vet att risken att bli sjuk av stress är högre inom kvinnodominerade yrken, och äldreomsorgen är inget undantag – antalet startade sjukfall uppgick till 170 per 1 000 sysselsatta år 2017 – högst av alla branscher. Resultatet är hög personalomsättning – 2017 var personalrörligheten 18 procent inom vård och omsorg.

Med många sjukskrivningar och hög personalomsättning blir det ännu svårare att lägga bra scheman och upprätthålla personalkontinuiteten. För många av de äldre som lever ensamma utgör hemtjänstpersonalen en stor del av deras sociala liv. Kontinuitet och tillräckligt med tid för att bygga goda relationer med hemtjänstpersonal ger möjlighet att bygga upp förtroende och tillit vilket bidrar till trygghet hos de äldre. En trygghet som kan främja en god livskvalitet och livsglädje som förebygger psykisk ohälsa.

Men personalen vittnar idag om att de inte har tid för att skapa en relation med de äldre som de möter i arbetet. Under 2018 mötte en hemtjänsttagare i snitt 15 olika personal under en tvåveckorsperiod, i vissa fall var det så många som 24. Förutom att detta skapar otrygghet för den äldre, innebär det också sämre möjligheter för personalen att göra ett bra jobb med god kvalitet.

Samtidigt som ovan beskrivna brister i arbetsvillkoren inom äldreomsorgen finns, har äldreomsorgens chefer idag inte förutsättningar att göra ett så bra jobb som de skulle vilja. Chefer inom vård och omsorg och sociala tjänster har de största arbetsgrupperna på hela arbetsmarknaden – inom just äldreomsorgen har varje chef i snitt direkt personalansvar för cirka 50 personer. Arbetsmiljöverket har visat att chefer inom vård och omsorg arbetar under tidspress, har hög arbetsbelastning med stora ansvarsområden

och många medarbetare. Resultatet är att en av fem i personalen upplever att de har små eller mycket små möjligheter att vid behov få stöd av chef.

Cheferna har en viktig roll i att skapa goda villkor för personalen, men det är bara möjligt om enhetscheferna har ansvar för ett rimligt antal medarbetare. Dessutom måste en större flexibilitet medges av kommunerna så att enhetscheferna kan göra de prioriteringar som leder till bättre arbetsvillkor och en god bemanning med hög kontinuitet. Alltför ofta kringskärs enheternas chefer genom kommunövergripande regler som minskar tilliten och därmed gör ansvarsutkrävandet sämre.

En annan nyckelgrupp vad gäller att skapa goda arbetsvillkor inom äldreomsorgen – och som ofta glöms bort – är schemaläggare. De bär ett tungt ansvar för att få viktiga välfärdsverksamheter att rulla och för att lägga en planering som säkerställer att övriga yrkesgrupper inom vård och omsorg inte bränner ut sig.

Utöver arbetssituationen som beskrivits ovan finns små möjligheter för personalen att fortbilda sig och det finns få karriärsteg inom yrket, vilket visar på ett behov av större utbildningssatsningar.

Kristdemokraterna anser att det nu behövs krafttag för att förbättra arbetsvillkoren för personalen inom äldreomsorgen. Det handlar om att värna medarbetare, deras familjeliv och hälsa, men också om att stärka möjligheten att rekrytera mer personal. Med rätt reformer kan resultatet också bli att timmarna för social aktivering hos den äldre blir fler, gemenskap främjas och kvaliteten höjs. För att tiden med de äldre ska bli en tydligt värderad del av arbetet bör även sociala behov införas i socialtjänstlagen som grund i biståndsbedömningen för äldreomsorg.

Kristdemokraternas förslag:

Staten tecknar ett avtal med SKL om ett prestationsbundet stöd till förbättrade villkor för personalen inom äldreomsorgen. Kraven i det prestationsbaserade stödet ska gälla all kommunfinansierad verksamhet, även privat driven men offentligt finansierad omsorg. Satsningen ska följas upp årsvis med målsättningen att alla kommuner ska nå bättre resultat. Stödet uppgår till två miljarder kronor årligen och fördelas till kommunerna baserat på fyra parametrar som alla väger lika:

1. Aktivt arbete med att minska delade turer: Kommunen ska kunna visa att det skett en tydlig minskning i användandet av delade turer alternativt att delade turer är på en låg nivå eller inte används alls. Ett system för hur detta ska mätas och följas upp bör utarbetas i samverkan med SKL. Tiden som frigörs när de delade tureorna försvinner bör användas till mer tid med de äldre.
2. Förbättrad personalkontinuitet: Kommunen ska tydligt minska antalet hemtjänstpersonal per hemtjänsttagare över 65 år (enligt statistik som kommunerna redan nu rapporterar in till socialtjänstens Öppna jämförelser). De kommuner där hemtjänsttagaren får möta maximalt tolv olika personal under en 14-dagarsperiod får alltid del av stödet.
3. God medarbetarnöjdhet och delaktighet: Kommunen ska kunna visa ett bättre resultat än föregående år för SKL:s totalindex för Hållbart medarbetarengagemang (HME) vad gäller äldreomsorgen. Som minst ska kommunen ha ett HME på 50 (av 100), och överstiger det 75 får kommunen ersättning oavsett om det skett en förbättring från föregående år eller ej.

4. Avlastning för cheferna: Kommunen ska kunna visa att snittantalet som äldreomsorgscheferna i kommunen har direkt rapporteringsansvar för tydligt minskar. De som inte överstiger 25 får alltid del av stödet.

Fler fortbildningsmöjligheter för äldreomsorgens personal

För att skapa yrkesutveckling och karriärvägar för omsorgspersonalen behövs fler utbildningsmöjligheter. Det är också en viktig del i att attrahera mer personal – att kommunerna erbjuder strukturerad fortbildning och möjliga karriärvägar. Därför vill vi

- *återinföra Omvårdnadslyftet:* Vi satsar 250 miljoner kronor per år på att bekosta utbildningsinsatser för personal inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Enligt Socialstyrelsens slutrapport var satsningen mycket positiv för såväl medarbetare som för verksamheten i sig. Rapporten slår fast att satsningen ”väckt studielust, gett ökat självförtroende och stärkt yrkesidentiteten. Vad gäller verksamheten har man kunnat genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkluderat fler medarbetare än vad ekonomin normalt tillåter. Man har ökat andelen medarbetare med grundläggande kompetens och kunnat kvalitetssäkra verksamheten. Kommunerna vittnar därtill om att utbildningen har gett medarbetarna vidgade perspektiv, större analytisk förmåga och ökad benägenhet att acceptera förändringar i verksamheten.”
- *satsa på utbildning för äldreomsorgens chefer:* 50 miljoner kronor per år satsas på ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer, för att de bättre ska klara av den viktiga roll de har i att skapa goda arbetsvillkor för sina medarbetare.
- *satsa på utbildning av schemaläggare:* Tyvärr har regeringen valt att stryka den satsning på schemaläggare som riksdagen beslutat om i december 2018. Vi vill återinföra satsningen, utöka den och göra den permanent. 150 miljoner kronor per år läggs på metodutveckling, utbildning av schemaläggare inom hemtjänsten och spridning av exempel på hur man uppnår god personalkontinuitet. De goda exemplen finns – där engagerade och kloka schemaläggare klarar av att säkerställa både god hemtjänst med tid för den äldre och heltid för den personal som önskar – utan delade turer.
- *förstärka och förlänga satsning på statsbidrag till vuxenutbildningen för utbildning inom hälso- och sjukvården:* Stödet är till för personer som vill kombinera utbildning med en tidsbegränsad anställning inom äldreomsorgen eller hälso- och sjukvården och syftar till att ge deltagarna kompetens för en tillsvidareanställning. Utbildningen ska skraddarsys utefter vilka kunskaper personen har sedan tidigare och bör även kunna innehålla språkundervisning. Tyvärr trappar regeringen ned stödet under 2020 med 150 miljoner och fr o m 2021 är det helt utfasat. Vi vill att pengarna för 2019 ska ligga kvar och att satsningen fortsättningsvis ska ligga på samma nivå som tidigare. Därför satsar vi 150 miljoner kr 2020 och sedan 200 miljoner kr per år på stödet.

Det borde vara en självklarhet att de som sköter om våra nära och kära på ålderns höst inte ska behöva bli sjuka av sitt jobb. Och för att säkra personalförsörjningen för välfärden i framtiden måste vi öka attraktiviteten för omsorgsyriken. Kristdemokraterna anser därför att det är hög tid att prioritera medarbetarna inom äldreomsorgen, deras familjeliv och hälsa. Med rätt reformer kan resultatet också bli att timmarna för social

aktivering hos den äldre blir fler, gemenskap främjas och kvaliteten inom äldreomsorgen höjs.

8.3 En värdighetsgaranti i varje kommun

Rätten att bestämma över sin vardag gäller hela livet. Det finns, tacksamt nog, ingen åldersgräns. 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 socialt välbefinnande, ett tryggt boende och närhet till läkarkontakter ska tillgodoses inom äldreomsorgen. För att säkerställa detta vill Kristdemokraterna att varje kommun ska ha en värdighetsgaranti i äldreomsorgen.

8.4 Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen

Äldres mat och måltider bör ges ökat fokus eftersom måltiden för många äldre tillhör dagens höjdpunkter. Måltiden är grundläggande för att förebygga undernäring och främja tillfrisknande vid sjukdom, men inte minst en viktig del av det sociala livet. Det är viktigt att anpassa såväl näringsinnehåll, portionsstorlek och matens konsistens till den enskildes behov. För att höja omsorgspersonalens kompetens på detta område vill vi införa måltidskunskap som obligatorisk kurs på alla vård- och omsorgsutbildningar. Vi vill även utöka valfriheten inom äldreomsorgen till att omfatta hemsänd mat. Vi vill även se bättre möjligheter till hemlagad mat, både i särskilt boende och när den äldre 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 år 2020–2022.

8.5 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 240 miljoner kronor för 2020 och 150 miljoner kronor vardera år 2021–2022 för detta ändamål.

8.6 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. Likaså möjligheten att anställa läkare inom den kommunala hemsjukvården. Vi föreslår en rejält utbyggd hemsjukvård genom den stora reformen om en god nära vård för alla äldre vilket skapar bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet.

8.7 Vård av och omsorg om demenssjuka – en ödesfråga

Kristdemokraterna anser att vården och omsorgen av demenssjuka är en ödesfråga. Antalet demenssjuka kommer att fortsätta att öka under de närmaste åren. En välfungerande demensvård är en av grundförutsättningarna för en fungerande äldreomsorg, men även en viktig förutsättning för diagnostik och behandling av psykisk ohälsa hos äldre. Vid en begynnande demensbild ska alltid en möjlig depression övervägas och psykiatriska symptom som ångest och oro kan också förekomma vid demens. Alla med misstänkt demenssjukdom ska ha rätt till kvalificerad utredning, diagnos och behandling. Detta kräver i sin tur kompetent, välutbildad och välmotiverad personal. Alla medarbetare inom vård och omsorg måste ges både tid och resurser samt specifik kunskap om demenssjukdomar och psykisk ohälsa hos äldre för att de ska kunna skapa en så bra demens- och äldreomsorg som möjligt. Kristdemokraterna vill därför ta fram en nationell demensplan som ska öka kunskapen hos personalen inom äldreomsorgen. Demensplanen ska även 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 per år 2020–2022 för detta ändamål.

8.8 Förebygg osteoporos

Osteoporos är en folksjukdom som inte får den uppmärksamhet den borde ha. Varannan kvinna och var fjärde man över 50 år kommer att drabbas av osteoporos. Om vi kunde ha bättre uppföljning av frakturer skulle vi kunna spara mycket mänskligt lidande och dessutom minska de ekonomiska utgifterna. Verkligheten är sådan att knappt 20 procent av de med fraktur får hjälp att förebygga framtida frakturer. Ändå vet vi att rörelse, styrketräning och bättre kost gör stor skillnad vad gäller benskörhet. Osteoporosfrakturer kostar samhället omkring 15 miljarder kronor varje år så här finns en stor förbättringspotential. Vi vet också att frakturer på grund av osteoporos ökar med stigande ålder, 70 procent av de som drabbas av osteoporos är över 75 år.

Kristdemokraterna anser att regeringen ska tillsätta en utredning med mål att öka kunskapen om osteoporos inom hela vårdkedjan samt tillskapa ett nationellt kompetenscentrum för forskning om osteoporos.

8.9 Åtgärder för att främja hälsan och bryta ensamhet hos äldre

Socialstyrelsen har publicerat en undersökning om äldreomsorgen där det framgick att långt över hälften av de äldre med hemtjänst besväras av ensamhet och var sjunde besväras ofta. Insikten växer nu i flera OECD-länder om hur ensamheten bryter ned samhällskroppens celler. Tidigare premiärminister Theresa May presenterade Storbritanniens strategi mot ensamhet. Hon beskrev den som ”första steget i den nationella uppgiften att utrota ensamheten under vår livstid”.

Men Sverige tycks ha betydligt längre startsträcka för att ta sig an ensamheten som samhällsproblem. Den svenska överideologin om att det offentliga ska lösgöra oss från varandra och göra oss till fria individer (om än beroende av det offentliga) har sannolikt stått i vägen: Varför skulle det offentliga främja goda relationer och mer gemenskap?

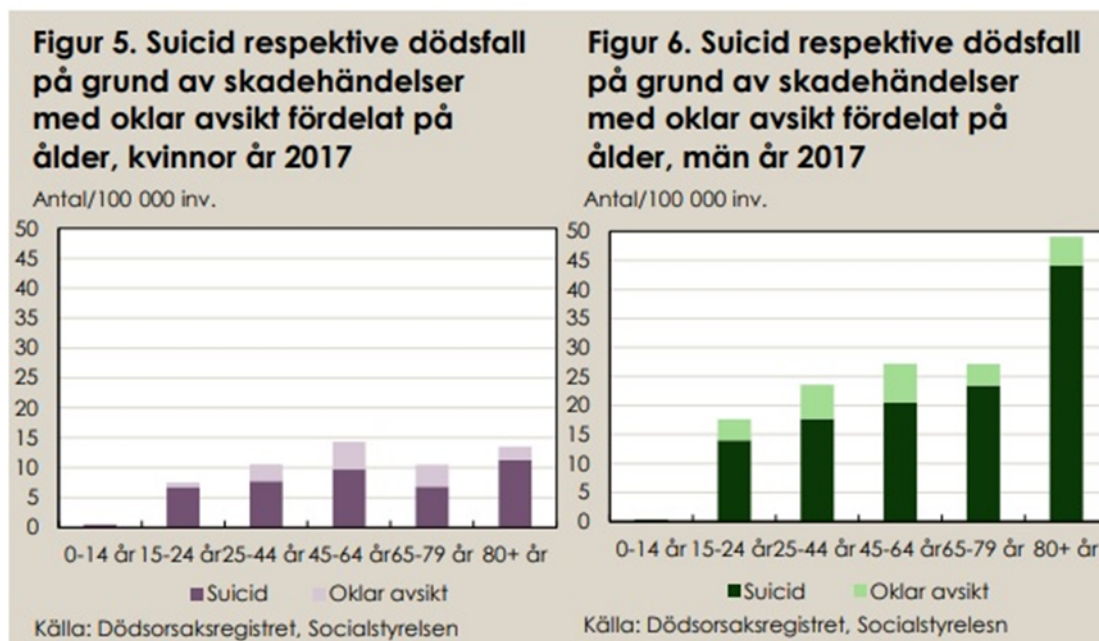
Därtill har människans materiella behov dominerat över de sociala, själsliga och andliga när vi utformat reformer. Vi har sällan vägt in hur politiska beslut påverkat mellanmänskliga relationer. Inte ens nu när rönen om sambanden mellan ensamhet och fysisk ohälsa blivit överväldigande – ensamhet är lika dödande som rökning – har förhållningssättet ändrats i grunden: Det själsliga får man sköta själv.

Nu behövs ett tankeskifte i det Sverige där SCB-statistiken visar att över en miljon människor saknar en nära vän: ensamheten bär med sig stora negativa konsekvenser för samhället. Inte minst bland äldre. Peter Strang, professor i palliativ medicin vid Karolinska institutet, har beskrivit hur ensamheten innebär en kronisk stress som kroppens kärl i försvar drar ihop sig mot, med ökad risk för kärlkramp, hjärtinfarkt och stroke som följd. Matlusten minskar, vilket kan leda till undernäring. Risken att drabbas av demens ökar. Men ensamhetens hälsokonsekvenser drabbar alla åldrar. Immunförsvaret skadas. Ensamhet ger starkare smärta i kroppen, vilket leder till fler vårdbesök och ökad förskrivning av smärtstillande mediciner.

Statistik och forskning visar att de äldsta drabbas mycket hårt även av psykisk ohälsa vid ofrivillig ensamhet. Depression och psykisk ohälsa bland äldre ökar som en konsekvens av denna ensamhet.⁸ Den senaste sammanställningen från Dödsorsaksregistret visar att självmord är vanligare bland män än kvinnor och vanligast bland äldre män (se bild nedan). År 2017 dog knappt 350 kvinnor respektive drygt 840 män på

⁸ Strang, Peter, 2014, Att höra till.

grund av suicid. För männen är detta något fler än år 2016. Samma år dog även drygt 130 kvinnor respektive drygt 220 män av skadehändelser med oklar avsikt. Även dessa inkluderas ibland i statistik över suicid.



Enligt SCB 2013 uppges ungefär var tredje person över 85, ungefär 85 000 människor, ensamhet och var sjätte, eller 42 500 människor, är socialt isolerad (var tionde om även kontakter via telefon och internet räknas in). Givet en demografisk utveckling där den här åldersgruppen väntas växa med ungefär 130 000 personer fram till 2030,⁹ finns risk att även ensamhetsproblemet växer. Det är också vanligare att sakna en nära vän ju äldre man blir. Bland 75–84-åringarna var andelen som inte hade någon nära vän 25 procent bland männen och 18 procent bland kvinnorna 2016.¹⁰ Som en del i att minska och förebygga den psykiska ohälsan och självmorden bland äldre tror vi att det är viktigt att bryta den ofrivilliga ensamheten.

Sverige måste sluta se ensamheten som ett individuellt problem och börja betrakta det som det samhällsproblem det är. Då kan vi också ta steg bort från ett samhälle som hamnat i konflikt med människan som gemenskapsvarelse.

Hälsofrämjande strategier för äldre har en avgörande betydelse för att upprätthålla och öka funktionsförmågan, bibehålla eller förbättra egenvården samt stimulera ett socialt nätverk. Genom att erbjuda hälsofrämjande insatser till äldre kan vi bidra till ett längre, självständigt liv med god livskvalitet. Även socialt nätverk och sociala aktiviteter, exempelvis lärande aktiviteter och deltagande i kulturella evenemang är en förutsättning för ett hälsosamt åldrande.

Ett sätt att motverka otrygghet hos den äldre i förhållande till det egna åldrandet är att erbjuda alla äldre över 80 år ett samtal om livssituationen och det som kommunen kan erbjuda. I Danmark erbjuder kommunen samtliga personer över 75 år ett sådant samtal om året. Det kan handla om att peka på de sociala möjligheter som frivilligorganisationer i kommunen erbjuder, möjligheter gällande träning och egenvård,

⁹ SCB Statistikdatabasen, Aktuell framskrivning över folkmängden. Folkmängd 31 dec. efter ålder och år.

¹⁰ SCB, 2018, Levnadsförhållanden 1980–2016.

kostfrågor och den hjälp och service som finns via kommunens regi eller via RUT-tjänster.

Vissa kommuner bjuder idag in äldre till samtal om livssituationen. Vi anser att samtliga kommuner ska erbjuda denna typ av ”äldresamtal”. Äldresamtalen ger en möjlighet för vården att upptäcka medicinska behov i tid – så att allvarligare hälsotillstånd kan undvikas. Samtalen kan dessutom – och inte minst – bidra till att skapa trygghet och bryta ensamhet för den äldre, något som i sig kan höja livskvaliteten och skjuta upp behovet av andra mer omfattande omvårdnadsinsatser. Socialstyrelsen har nyligen påvisat att det finns behov av att utveckla rutiner för att upptäcka missbruk av alkohol bland äldre då andelen personer över 65 år som har alkoholproblematik ökar i förhållande till yngre åldersgrupper. Även här kan äldresamtalen spela en viktig roll.

Kristdemokraterna vill att äldresamtal ska erbjudas av hemsjukvårdsteam till alla som fyllt 80 år som inte har hemtjänst eller bor i särskilt boende och på det sättet får kontakt med omsorgsinsatser. Äldresamtalen riktar sig till en grupp på drygt 320 000 personer. Vi avsätter 160 miljoner årligen 2020–2022 till detta ändamål.

Vi behöver också ta tillvara den kraft som finns i civilsamhället och därför vill vi tillskjuta resurser till föreningar och organisationer för arbete och verksamhet som syftar till att bryta äldres ensamhet och isolering. I KD/M-budgeten införde vi en satsning på 20 miljoner kronor per år för detta ändamål. Vi välkomnar att regeringen bibehåller denna satsning under 2020, men det är anmärkningsvärt att de väljer att avsluta satsningen 2021. Vi förlänger satsningen och satsar därtill 10 miljoner kronor extra per år, så att den totala satsningen uppgår till 30 miljoner kronor per år.

8.10 Äldrelyftet för att främja fysisk aktivitet

I samverkan med idrottsrörelsen och de nationella pensionärsorganisationerna vill vi också genomföra initiativet ”Äldrelyftet” som syftar till att ge fler äldre chansen till fysisk aktivitet och träning. Sådan träning kan förbättra livskvaliteten, öka hälsan, minska risken för fallolyckor och samtidigt främja gemenskap och sammanhang. M/KD-budgeten avsatte 20 mnkr per år för detta ändamål, som regeringen plockade bort i vårändringsbudgeten. Det är bra att satsningen återinförs i BP20, men vi avsätter ytterligare 10 miljoner kronor per år så att den totala satsningen blir 30 miljoner kronor per år.

9 En värdig och medmänsklig funktionshinderspolitik

Åtgärder för att återupprätta intentionen med LSS

Regeringens urholkning av rätten till assistans måste stoppas.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och den personliga assistansen är en livsavgörande frihetsreform för människor med funktionsnedsättning. Den ska ge människor rätt att leva, inte bara överleva.

Men rätten är under ständigt hot. Många personer med omfattande funktionsnedsättning och deras anhöriga tvingas föra en daglig kamp mot myndigheter för att få stöd att klara sin vardag – trots att stödet borde vara en självklar rätt.

Från tillkomsten av LSS 1994 ökade antalet personer som beviljats assistansersättning upptill omkring 16 000 mottagare 2015, men 2016 minskade antalet. År 2018 var antalet personer med statlig assistansersättning cirka 14 500 personer. I regeringens budgetproposition för 2020 (utgiftsområde 9, sid 160) presenterar regeringen en prognos om att antalet personer med assistansersättning beräknas minska med ytterligare 300 personer jämfört med 2018. Därtill visar siffror från Försäkringskassan att beviljandegraden av nya ansökningar är rekordlåg och nere på 17 procent.

Trendbrottet i utveckling av antalet assistansberättigade skedde efter finansminister Magdalena Anderssons (S) uttalande i media i oktober 2015 om att det krävdes besparingar inom assistansen för att klara flyktingkrisen. Strax därefter kom S/MP-regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan med uppmaningen att bryta utvecklingen av antalet timmar inom assistansersättningen. Konsekvenserna av S/MP-regeringens direktiv till Försäkringskassan har varit förödande.

Försäkringskassan började efter regeringens regleringsbrev tolka gamla domar ifrån Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) mycket mer restriktivt än tidigare. Rättspraxis har bland annat förskjutits så att endast den del av det grundläggande behovet som anses vara av mycket personlig eller integritetskränkande karaktär anses vara assistansgrundande. Rapporter ifrån bland annat Socialstyrelsen visade redan 2017 att personer med omfattande funktionsnedsättning inte får det stöd de behöver och har rätt till enligt LSS.

Vi kristdemokrater ser också med stor oro på Socialstyrelsens lägesrapport 2019, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, som visar att barn som förlorat kommunal och statlig personlig assistans i allt större utsträckning hamnar på barnboende (tidigare kallat institution). Rapporten visar att 2017 var det 40 barn som för första gången (så kallat nybeviljande) fick beslut om en plats på en institution som dessförinnan hade förlorat sin assistans. Året innan var det 15 barn. Att mista sin assistans och tvingas till barnboende är en oacceptabel utveckling.

Vi anser att de nedskärningar som initierades av S/MP-regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan 2016 bryter mot intentionen med LSS, men även mot FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige har skrivit under och förbundit sig att följa. Vi kristdemokrater hävdar med bestämdhet att det är ytterst angeläget att vidta åtgärder för att möjliggöra för barn med funktionsnedsättning att bo hemma tillsammans med sin familj även vid stora behov av hjälp och tillsyn. Men även att vidta åtgärder för att i grunden återupprätta intentionen med LSS – återställa rättigheten för personer med funktionsnedsättning att leva ett självständigt liv på sina villkor och därmed kunna vara en fullvärdig medborgare i samhället.

Lagändring om andning och sondmatning är ett viktigt första steg men mer behövs. När KD/M-budgeten fick stöd i riksdagen i december 2018 togs ett första viktigt steg till att återupprätta intentionen med LSS genom att tillkännage det självklara – att regeringen skyndsamt skulle återkomma med lagförslag så att andning och sondmatning ska vara grundläggande behov. Det avsattes även pengar i KD/M-budgeten (700 kr per år 2019–2021, med halvårs effekt för 2019) för att säkerställa stöd till de personer som skulle få rätt till assistans efter lagändringen trätt i kraft. Dessvärre har S/MP-regeringen och deras samarbetspartier C och L förhållat lagändringen och den del som reglerar att andning ska vara grundläggande behov beräknas träda i kraft först den 1 november 2019. Lagändringen om sondmatning är lagd på framtiden.

Alla grundläggande behov (personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den

funktionshindrade) är av livsnödvändig karaktär och bör inte värderas eller ställas mot varandra. Det är de facto så att rådande rättspraxis och nedbrytningen av de grundläggande behoven i vad som bedöms vara integritetsnära karaktär eller inte, inte enbart har påverkat rätten till assistans vid andning och sondmatning utan även inskränkt rätten till assistans utifrån samtliga fem nuvarande grundläggande behov. Det är orimligt att det som idag endast är den tid det tar att ta av och på kläderna närmast kroppen som räknas som grundläggande behov. Att ta på en ytterjacka även om det är minus 20 grader utomhus räknas inte.

Situationen är akut. Människors liv och familjer trasas sönder när de inte får den assistans de behöver för att klara sin vardag. Att säkerställa att samtliga grundläggande behov ska anses vara av integritetsnära karaktär i sin helhet är ett avgörande steg för att återupprätta intentionen med LSS. Kristdemokraterna förslår därför nödvändig lagändring och avsätter resurser i syfte att finansiera en rättssäker tillämpning av LSS till följd av lagförtydligandet som vi bedömer tidigast kan vara på plats den 1 juli 2020. Den exakta kostnadsökningen är svår att uppskatta och mer medel kan behövas skjuta till eftersom LSS är en rättighetslagstiftning och för att alla som kommer omfattas av lagändringen ska få det stöd de har rätt till. Då anslaget 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning (utgiftsområde 9) även omfattar schablonen för timersättningen för assistansersättningen redovisas dessa poster tillsammans nedan.

Uppräkning av schablonersättning i nivå med avtalsenlig löneuppräkning

Förutom att allt fler nekas ersättning eller får sin ersättning begränsad så har uppräkningsen av schablonen för timersättningen successivt under alltför lång tid urholkats. Även om det från början fanns underlag som gav stöd för att under en period ha en lägre uppräkning av schablonersättningen så är det svårt att se hur det som från början var en tillfällig justering kan fortgå utan att få allvarliga konsekvenser. När löneutvecklingen enligt de nyligen tecknade avtalen mellan parterna ligger på 2,2 procent och regeringens uppräkning enbart är 1,5 procent så innebär det att ersättningen inte täcker de ökade kostnader som finns för assistenter. Effekten av regeringens snåla uppräkning blir mindre pengar till arbetsledning och kompetensutveckling. Både assistansberättigade och assistenter drabbas. Yrket personlig assistent görs mindre attraktivt och vi står inför ett stort kompetensförsörjningsproblem. Därtill riskerar vi att seriösa assistansanordnare med kollektivavtalad löneutveckling och goda arbetsvillkor drivs i konkurs. Det vore förödande.

Kristdemokraterna föreslår därför inom anslaget 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning (utgiftsområde 9) en höjning av schablonen med 2,2 procent och därutöver en förstärkning till följd av lagändring enligt ovan. Detta medför sammanlagt 730 miljoner kronor för 2020, drygt 2,1 miljarder kronor per år 2021 och 2022 (utöver regeringens ökning av anslaget med 85 miljoner för 2020 och 100 miljoner per år 2021–2022). Regeringen bibehåller de 700 miljoner kronor per år som avsattes till detta ändamål genom KD/M-budgeten vilket vi välkomnar. Sammantaget har därmed Kristdemokraternas initiativ stärkt assistansersättningen med drygt 7,1 miljarder kronor mer än regeringen under perioden 2020–2022.

Kristdemokraternas politik på funktionshinderområdet är beskriven mer i detalj i kommittémotionen En värdig och medmänsklig funktionshinderpolitik.

10 Social omsorg och socialtjänstfrågor

De sociala nätverken skapas av människor tillsammans. De är en naturlig och avgörande del av våra liv. Dessa sociala nätverk framstår som särskilt betydelsefulla när människor drabbas av svårigheter av olika slag. Välfärdssamhället ska bygga på att enskilda och grupper av människor som familj, grannar och föreningar i första hand ges möjlighet att ta ett stort ansvar för den nära omgivningen. Med subsidiaritetsprincipen som grund ska det offentliga stödja de naturliga nätverken. Men det offentliga är ytterst ansvarigt för att alla ska kunna leva ett tryggt och värdigt liv. Offentlig, ideell och privat verksamhet ska komplettera varandra.

Målet för Kristdemokraternas socialpolitik är att stödja gemenskaperna och de enskilda människorna till egen försörjning och god omvårdnad. Socialtjänsten har därför en vid och fundamental uppgift inom det offentliga. Socialtjänsten har i uppdrag att ge stöd och hjälp när någon inte klarar sig själv. Det gäller såväl unga som äldre, familjer som enskilda.

De senaste åren har socialtjänsten präglats av ett allt större uppdrag genom att fler människor behöver hjälp under en del av livet. Samtidigt har personalbristen blivit akut inom flera områden och såväl kontinuitet som kvalitet påverkas. Kommunerna har ansvar för socialtjänsten och även om de generella statsbidragen blivit lite större så upplever de flesta kommuner ett allt större tryck genom personalbrist och ökade kostnader som inte möts av tillräckligt ökade statsbidrag. I sammanhanget bör påtalas att kommuner och landsting främst är beroende av att antalet arbetade timmar ökar. Genom en hållbar tillväxt med fler jobb ges kommuner och landsting uthålliga möjligheter att anställa och behålla personal. Det är på det sättet välfärden långsiktigt säkras i ekonomiska termer. Men det krävs också reformer som påverkar förutsättningarna för verksamheten och uppdraget.

Om vi tillåter att socialtjänsten försämras genom brist på personal och ekonomiska resurser när uppdraget ökar så uppstår ett välfärdssvek. Människor har på goda grunder rätt att förvänta sig att socialtjänsten klarar sitt uppdrag som yttersta skyddsnät och att den kan ge stöd och hjälp till den som inte klarar sig själv. Vi ser de problem som finns och föreslår reformer som leder till att människor kan lita på att välfärden fungerar.

10.1 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 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 deras 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 för att vårdnads- eller boendefrågan för ett barn har varit bristfällig.

För att socialtjänsten ska fungera på ett bra sätt är det avgörande att personalen kontinuerligt får del av kompetenshöjande insatser. Likaså är det viktigt att socialtjänstens olika arbetsinsatser grundar sig i metoder som är beprövade och fungerar, här krävs forskning om redan etablerade arbetssätt samt utveckling av nya metoder. Kristdemokraterna avsätter 240 mkr år 2020–2021 för kunskapshöjande insatser och metodstöd inom socialtjänsten.

10.2 En nationell krissocialjour

Situationen sedan 2015 har tydliggjort de svårigheter som kommunerna redan tidigare har upplevt i vissa lägen när de inte klarat sitt uppdrag fullt ut. För att avlasta kommunernas socialtjänst krävs en förnyad ansvarsfördelning och nya arbetsformer. Vi anser därför att en nationell krissocialjour bör inrättas. När kommunerna bedömer att de behöver extra hjälp kan sådan avropas från den nationella krissocialjouren. Med en nationell organisation kan resurserna användas bättre. Dessutom kan riskerna för att barns och ungdomars trygghet och rättssäkerhet åsidosätts minimeras. Krissocialjouren bör även ha befogenhet och resurser att upprätta mottagningsboenden samt granska och rekrytera familjehem, gode män och särskilt förordnade vårdnadshavare. Den nationella organisationen bör även agera som ett kompetenscentrum med fokus på hur särskilda behov kan mötas på bästa sätt. Nationella riktlinjer för vilka krav som bör ställas på familjehem och gode män bör upprättas. Likaså riktlinjer runt hur stödgruppsverksamheten ska utformas. Deltagande i gängkriminalitet har ökat bland unga och för den enskilda kommunen är det svårt att upprätthålla rätt kompetens när nya situationer uppstår. Därför ska kommuner kunna avropa hjälp gällande unga kriminella från den nationella socialkrisjouren. Vi avsätter 50 miljoner per år 2020–2022 för att inrätta en nationell krissocialjour.

10.3 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 om 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.

Förstärkning av familjehem och jourhem

När föräldrarna inte klarar av att ta hand om sitt barn kan det bero på bristande förmåga hos föräldrarna men kan också orsakas av att barnet/den unge av olika anledningar uppträder på ett sätt som blir ohanterligt för familjen. I första hand ska familjen erbjudas stöttning och professionell hjälp för att åter hitta rätt i tillvaron. Men, det är inte alltid det räcker och då måste samhället kunna erbjuda ännu fler insatser. Oftast är dessa av karaktären att barnet/den unge under kortare eller längre tid erbjuds boende utanför familjen. Den allra vanligaste formen av denna typ av boende är familjehem, cirka 23 100 barn/unga placerades i familjehem under 2018. Familjehemmen utgör en mycket viktig resurs för att kunna ge barn och unga en möjlighet att hitta rätt i sitt liv. Familjehem är en vanlig familj (kan se olika ut, finns inget krav på att det ska vara en kärnfamilj) som erbjuder sig att under kortare eller längre tid åtar sig att ge kärlek och trygghet till ett barn eller en ung människa.

I en akut situation där ett barn/en ung person far illa handlar det om att snabbt, oftast mycket snabbt, hitta ett alternativt boende. Det är då jourhem blir helt avgörande. Jourhem är en familj som ställt sig till förfogande att omedelbart öppna sitt hem och ta emot ett barn/en ung person. Alla förstår hur nödvändig denna verksamhet är. Barnet/den unga personen ska i normalfallet vara kvar i jourhemmet under utredningstiden, från någon vecka upp till fyra månader. I undantagsfall kan tiden bli längre.

Det spelar ingen roll hur bra arbete socialtjänsten gör om det inte finns möjlighet till utslussning till välutbildade och motiverade jour- och familjehem. Därför avsätter Kristdemokraterna 200 miljoner kronor för att förstärka rekrytering av och ersättning till jour- och familjehem samt för att utöka de stödjande och kompetenshöjande insatserna till jour- och familjehem.

Familjehem – lämpligast boende för ensamkommande

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.

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 infördes under 2016 är mycket välkommet. Tidigare var det endast möjligt att placera barn och unga i HVB-hem, vilket inte alltid varit lämpligt. Det nya stödboendet är i första hand tänkt för unga personer som är 18 år och äldre men kan, om särskilda skäl finns, även omfatta barn och ungdomar i åldern 16–17 år. Kommunernas socialnämnder ska ha ett övergripande ansvar, och en noggrann bedömning ska göras utifrån det enskilda barnets eller den unges behov.

I huvudsak bör en placering i ett stödboende endast bli aktuell där barnets eller den unges egen problematik inte ligger till grund för placeringen. Kristdemokraterna anser att det är viktigt att en uppföljning görs av denna nya placeringsform och att tillsynen av dessa boenden säkerställs.

Kommunernas kostnader för de ensamkommande är fortsatt höga. Likaså påfrestringen på socialtjänsten. Risker är då överhängande att tillräcklig hänsyn inte tas för att

säkerställa den enskildes bästa. Extra påtagligt blir det när en ensamkommande fyller 18 år. Såvida inte personerna i fråga kan ordna ett eget boende när de blir myndiga blir de ofta abrupt omplacerade till en annan kommun. För att skapa goda förutsättningar för en god psykisk hälsa och en lyckad integration behöver vi i största möjliga mån undvika sådana uppbrott. Det mest humana är att låta dem stanna i den kommun där de har etablerat sig.

I dag tar det alltför lång tid från det att den minderåriga anländer till att en god man förordnas, och det förekommer även att gode män har ansvar för fler minderåriga än de klarar av. Orsaken till detta är huvudsakligen bristen på gode män. Kristdemokraterna vill att alla ensamkommande barn ska få en god man inom 24 timmar efter ankomst. En snabbare hantering behövs för att tillgodose barns och ungas rättigheter, exempelvis att minska risken för att de försvinner. Därför föreslår Kristdemokraterna att rekryteringen av gode män underlättas genom att en nationell kampanj genomförs och att ett nationellt register upprättas. Medel för att underlätta rekrytering avsätts inom vår satsning på familjehemmen om 200 miljoner kronor årligen 2020–2022.

Kunskapspridning om lagar och regler som gäller för sociala barn- och ungdomsvården

Kristdemokraterna ligger även bakom den förra regeringens initiativ till att starta ”Barntjänsten på nätet” som ska vara en pedagogisk presentation av bestämmelserna i socialtjänstlagen, SOL, och lagen om vård av unga, LVU. Därigenom kan barn, föräldrar och organisationer enkelt få reda på hur lagstiftning och regelverk kring barn i utsatthet ser ut. Den heter idag ”Koll på soc” (kollpasoc.se).

Alliansregeringen tog med dåvarande barnminister Maria Larsson som ansvarig minister beslutet att skärpa det förebyggande arbetet gällande barn som placeras utanför det egna hemmet samt att intensivifiera kontroll och uppföljning för att stärka kvaliteten.

Hösten 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården. Resultaten från jämförelsen 2017 visar att barn som varit placerade i många avseenden har sämre psykisk hälsa och förutsättningar inför vuxenlivet jämfört med jämnåriga. Endast 37 procent av unga vuxna som varit placerade hela årskurs 9 hade avslutat treårigt gymnasium vid 20 års ålder. Förskrivningen av psykofarmaka var också avsevärt högre hos de placerade ungdomarna. Dessa nedslående resultat i uppföljningen belyser vikten av att följa utvecklingen hos dessa barn och ungdomar för att på bästa sätt identifiera och implementera insatser som syftar till att stärka kvaliteten inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det är även viktigt att stödja forskningen inom detta område för att säkerställa att evidensbaserade metoder och insatser kommer alla placerade barn och ungdomar till del. Kristdemokraterna kommer fortsatt följa utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården noggrant.

Förbättrade förutsättningar för barn i samhällets vård

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.

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 behöver det rekryteras fler familjehem av god kvalitet.

För de barn och unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn för att vården ska kunna genomföras är en skyndsam placering på Sis i många fall det enda alternativet. Efterfrågan på platser har ökat och för Kristdemokraterna är det prioriterat att öka antalet platser.

I Sverige har vanvård av barn som omhändertagits uppmärksammats genom olika utredningar, vilket också i vissa fall lett fram till statlig ersättning enligt förordning 2012:666. Men övergrepp och vanvård mot barn som omhändertagits av sociala myndigheter förekommer fortfarande, 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 det bör övervägas om ett barn eller en ungdom som omhändertagits av sociala myndigheter drabbas av vanvård eller andra övergrepp i ökad utsträckning ska kunna få skadestånd av det offentliga.

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.

Möjliggör förlängd familjehemsplacering vid gymnasiestudier

När barn som är familjehemsplacerade fyller 18 år förlorar de ofta sitt familjehem eftersom de då blir myndiga. För vissa av dessa unga vuxna fungerar övergången bra, men många hamnar i en stor kris. Det är ofta individer som har en mycket tuff barndom bakom sig, med trauman, separationer och övergrepp, och de har ofta inget skyddsnät att falla tillbaka på. De måste på egen hand söka bostad, kunna försörja sig själva och ta hand om sig själva. Samtidigt som de ska klara sina studier på gymnasiet. Flera av dessa

ungdomar blir aktualiserade hos psykiatrin i och med denna kris. De som tidigare har haft en BUP-kontakt blir överförda till vuxenpsykiatrin.

För att underlätta övergången till vuxenvärlden och skapa de bästa chanserna att få ett jobb är det viktigt att de ungdomar som är familjehemsplacerade får en stabilitet i vardagen även efter 18-årsdagen som skulle ge dem bättre förutsättningar att kunna avsluta sin gymnasieutbildning.

I dag har vårdnadshavare i en ”vanlig” familj försörjningsplikten till dess att barnet fyller 18 år och om den unga personen studerar på gymnasienivå eller motsvarande kvarstår försörjningsplikten upp till 21-årsdagen. Vi föreslår att unga som före 18-årsdagen har varit familjehemsplacerade ska få vara kvar i familjen efter myndighetsdagen om de själva önskar det, till dess att de har slutfört sin gymnasieutbildning.

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. Det är uppenbart att barn som placerats anknyter mer till sin nya familj ju längre tid som gått. När lång tid passerat och barnet känner sig som en i familjen måste detta beaktas tydligt när frågan om överflyttning ska avgöras. Vid alla sociala insatser som berör barn ska barnet ha rätt att framföra sin åsikt och det ska vara en del av beslutsunderlaget.

Säkerställ kompetens och användande av evidensbaserade behandlingsmetoder inom Sis verksamhet

Statens institutionsstyrelse (Sis) har boenden för barn och ungdomar som är dömda för brottslighet samt unga som av olika skäl inte bedömts kunna fungera i ett familjehem eller på ett HVB-hem. Syftet med vistelsen är dessutom att det ska vara en temporär lösning vilket ofrånkomligen leder till ett uppbrott. 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. De tuffa förhållanden som råder på Sis-boenden kan vara direkt olämpliga för många barn och ungdomar. Det är därför viktigt att bara de unga som behöver den typ av stöd som kan erbjudas på Sis-hem blir placerade där. Goda förutsättningar för och tillräckligt med platser vid familjehem och HVB-hem blir därmed viktiga för att undvika onödiga placeringar hos Sis.

Det förekommer att barnen på Sis-hem 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 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. Likaså har det uppmärksammats att fel typ av nedläggning använts som riskerat att allvarligt skada barnet/den unga personen. Vi inser att det ibland behövs fysisk nedläggning för att i speciella situationer skydda såväl barnet/den unga personen som personalen, men nedläggningen ska då utföras enligt metoder som inte riskerar att medföra allvarliga skador. Regeringen bör snarast återkomma till riksdagen med en handlingsplan för att långsiktigt säkerställa tillräcklig och ändamålsenlig kompetens hos personal inom Sis verksamhet. Det är inte minst viktigt att säkerställa att det finns kompetens för att behandla psykisk sjukdom och missbruksproblematik/beroendesjukdom utifrån evidensbaserade metoder.

Vi kan idag se att Sis får ta emot allt fler unga som kommer från olika kriminella gängmiljöer. Detta är en företeelse som är relativt ny men i ökande och för att möta detta måste Sis utveckla nya arbetsmetoder för att kunna möta den unge med relevanta arbetsmetoder. Detta är ett arbete som måste bedrivas långsiktigt och som kommer att kosta pengar. Därför tillför vi 50 miljoner kronor för metodutveckling och implementering av metoder att möta unga kriminella gängmedlemmar.

”Hälso- och sjukvård ingår i Sis uppdrag när det gäller elevhälsan, men myndigheten bedriver utöver det även viss annan hälso- och sjukvård enligt gällande lagar och föreskrifter”, enligt utdrag från Sis hemsida. Det vi vet är att ett mycket stort antal barn/unga persons som vårdas enligt LVU förutom sociala vårdbehov också har psykiatriska vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt. Enligt Socialstyrelsen kan andelen med både sociala och psykiatriska vårdbehov vara så stor som 70 procent.

Sis har dock inte något egentligt uppdrag att bedriva psykiatrisk vård. Den sjukvårdspersonal som finns anställd av Sis är sjuksköterskor. För att kunna möta varje barns/ung persons behov, vilket är Sis uppdrag, är det förvånansvärt att Sis inte har ett klart uttalat vårduppdrag och därigenom inte har läkare anställda. Var och en kan se att när 70 % av barn/unga har psykiatriska vårdbehov måste både lagstiftning och regleringsbrev ändras så att Sis får förstärka sin organisation med lämplig och ändamålsenlig läkarresurs.

Kristdemokraterna vill ge Sis ett tydligt vårdande uppdrag avseende psykiatriska vårdbehov. Sis tillförs 25 miljoner kronor för att kunna tillgodose behovet av läkare med specialistkompetens inom psykiatri och beroendevård på de särskilda ungdomshem som Sis driver, idag är de 23 stycken. Sis tillförs också 50 miljoner kronor för att utveckla och implementera metoder för att möta unga gängkriminella.

Boende för barn och ungdomar med samsjuklighet inom svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik

Det är angeläget att skyndsamt inrätta en boende- och vårdform för barn och ungdomar med samsjuklighet mellan svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik/beroendesjukdom. Dessa unga hamnar idag ofta mellan stolarna och bollar runt mellan Sis-hem, psykiatrin och/eller beroendevården. Som nämnts tidigare i

motionen anser vi att möjlighet till en gemensam tvångslagstiftning för personer med behov av insatser från såväl missbruksvården som psykiatri bör utredas snarast. Det skulle kraftigt förbättra förutsättningarna för att dessa ofta svårt sjuka barn och ungdomar kan få tillgång till ändamålsenlig vård och behandling på ett boende som är anpassat utifrån deras komplexa vårdbehov. Hälso- och sjukvården bör vara huvudman för dessa boenden.

10.4 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 brett för att stärka det rättsliga skyddet för barn.

Fler och bättre 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.

Barnahus finns på många platser i landet men de fungerar olika bra. Inte minst när det gäller tolkningen av respektive myndighets sekretesslagstiftning. Vissa barnahus verkar ha löst sekretessfrågan på ett funktionellt sätt medan andra barnahus tolkar sekretessreglerna på ett mer bokstavbundet sätt vilket leder till att samarbetet mellan de olika parterna riskerar att inte kunna fungera på avsett sätt. För att komma tillrätta med detta måste regeringen snarast inleda en översyn av sekretesslagstiftningen som säkerställer att de olika parterna i barnahuset kan samarbeta fullt ut för den unges skull. En förändring av sekretesslagstiftningen skulle också vara välkommet på fler områden där olika myndigheter samverkar kring barn, som exempelvis riskerar att hamna i kriminalitet.

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 barnet 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.

Förebygg övergrepp mot barn

Det förebyggande arbetet för att förhindra övergrepp mot barn behöver förstärkas. I genomsnitt är det tre barn i varje skolklass som är eller har blivit sexuellt utnyttjade. Inte sällan är det någon närstående som är utövaren. Möjligheten att tidigt upptäcka övergrepp mot barn beror i stor utsträckning på om barnet eller andra i barnets närhet vågar berätta. Ett led i att stärka barnens egen rätt till sin kropp är att förskolor arbetar medvetet med frågorna, att man på ett tydligt sätt anpassat för barnen informerar dem om gränser och hur viktigt det är att säga till när något är fel. Därför anslår vi 70 miljoner kronor per år 2020–2022 (under utgiftsområde 16) som förskolor kan ansöka om för att personalen ska få genomgå utbildning och införa arbetssätt som stärker barns integritet och motverkar sexuella övergrepp.

10.5 Barn i ekonomisk utsatthet

Förbättringar för resurssvaga familjer genom höjt barnrelaterat bostadsbidrag

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. Drygt 171 000 hushåll mottog bostadsbidrag i december 2018, av dessa var fyra femtedelar barnhushåll. Totalt gick 57 procent av utbetalat bostadsbidrag till hushåll med en kvinna som ensam försörjare.^{11, 12} Bostadsbidraget är alltså av särskilt stor betydelse för ensamstående föräldrar, som oftast är kvinnor. Dessa barnfamiljer lever under knappa ekonomiska omständigheter.

För att stötta de sämst ställda barnfamiljerna vill vi höja det barnrelaterade bostadsbidraget med 200 kronor per månad för ett barn, 400 kronor för två barn och 600 kronor för tre eller fler barn. Genom förbättringarna i bostadsbidraget får familjer med lägre inkomster ett stöd ända tills barnen blir 18 år. Bostadsbidraget har under en längre tid släpat efter. Antalet hushåll med bostadsbidrag har minskat sedan slutet av 1990-talet och förklaringarna är främst regeländringar 1997 och att inkomsterna stigit samtidigt som inkomstgränserna för bidraget har varit oförändrade. Vi föreslår att inkomsttaket ska höjas med 30 000 kronor för att fler ska få fullt bostadsbidrag. Höjt bostadsbidrag kan också medverka till att färre barnfamiljer behöver ekonomiskt bistånd. För detta avsätter vi sammanlagt 940 miljoner kronor per år 2020–2022.

Fritidskort för barn

Den psykiska ohälsan har ökat kraftigt vilket påverkar barns framtidsutsikter. Barn rör sig allt mindre – trots att vi vet mer om hälsokonsekvenserna av stillasittandet: barnets muskler, hjärta, motorik, balans, BMI, sömnkvalitet och koncentrationsförmåga försämras.

¹¹ Budgetpropositionen för 2019/20 utgiftsområde 12 s. 40.

¹² Budgetpropositionen för 2017/18 utgiftsområde 12 s. 25.

Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten 2019 är det bland de 15-åriga tjejerna nu bara ungefär 9 procent som rör sig tillräckligt, och enligt samma rapport följer såväl fysisk som psykisk ohälsa i stillasittandets spår. Barn blir lugnare, får mindre ångest och oro, blir mer nöjda med sig själva och skolresultat kan förbättras med mer motion. De som söker till BUP med lindrig psykisk ohälsa får där alltid frågor om hur mycket de rör sig och hur de sover – får man ordning på det så räcker det för många för att må bättre.

Vi ser också en utbredd ensamhet bland många barn och unga. Stiftelsen Friends presenterade nyligen i sin årsrapport undersökningar som visar en utbredd ensamhet. Bland elever i årskurs 3–9 känner sig nästan en fjärdedel alltid/ofta eller ibland ensam i skolan. Många barn vittnar i kontakt med organisationer som Bris att de upplever att deras föräldrar eller vuxna på skolan inte har tid för dem.

Också när det gäller ensamhet finns en koppling till psykisk ohälsa och det är känt från forskning att högstadieungdomar som känner sig ensamma löper väsentligt högre risk att få underkända betyg.

Många barn finns dessutom i en ekonomisk utsatthet som leder till segregation och ohälsa. Det finns klara samband mellan ekonomisk utsatthet och klart sämre hälso-utveckling i allmänhet, men även en tydlig koppling till ökad psykisk ohälsa.

Allt detta har samhällsekonomiska effekter som är betydande – hälsoeffekterna slår rakt in i den primär- och sekundärkommunala ekonomin.

Men flera av de här problemen hänger faktiskt samman i en lösning: civilsamhällets idrottsklubbar och andra föreningar och församlingar, som spelar en central roll för att mota dessa problem. Men civilsamhället skulle kunna göra långt mer med rätt förutsättningar. Om fler barn skulle få möjlighet att delta i idrott, i lägerverksamhet eller barnkör skulle effekterna vara betydande.

Utifrån SCB:s statistik över barns levnadsförhållanden kan konstateras att barn i ekonomiskt utsatta hushåll, barn till ensamstående föräldrar, barn med utlandsfödda föräldrar och barn i arbetarhushåll har en mindre aktiv fritid med lägre deltagande i organiserade fritidsaktiviteter än andra barn.

De går därmed miste om integrerande mötesplatser där de träffar andra barn, idrotts-sammanhang där träning ger både kortsiktiga och långsiktiga hälsofördelar, och sammanhang med närvarande vuxna som främjar gemenskap och motverkar ensamhet. En förklaring till detta kan vara att barns fritidsaktiviteter är dyra.

Kristdemokraterna har tagit intryck av reformer i nordiska grannländer och menar att det nu behövs en bred reform som stimulerar fler till rörelse och föreningsengagemang, med ett särskilt fokus på de barn som finns i ekonomisk utsatthet.

Vi avsätter ca 850 miljoner per år för att införa ett fritidskort till alla barn mellan årskurs 2 och 9, laddat med ett ekonomiskt stöd för deltagaravgifter i ledarledda aktiviteter i det svenska föreningslivet, samt kulturskolan. Stödets storlek kommer variera utifrån hushållets ekonomi. De flesta barn kommer få 500 kronor i stöd per år, men för de som finns i hushåll i ekonomisk utsatthet – (där hushållet uppbär bostadsbidrag eller ekonomiskt bistånd) kommer ett betydligt större stöd – 2 400 kronor per år – finnas laddat på kortet. Detta för att alla barn ska få goda möjligheter att delta i idrott eller annan föreningsverksamhet.

Kortet kan, i ett enkelt administrativt system, användas hos de föreningar som är godkända bidragsmottagare av offentliga medel – till en början alla föreningar som får LOK-stöd, alla civilsamhällesorganisationer som får stöd av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, samt alla kommunala kulturskolor med kriteriet att dessa

aktiviteter är riktade till rätt åldersgrupp, att aktiviteterna är regelbundna och ledarledda samt främjar ett aktivt deltagande i samhällets gemenskap. Myndigheten bör samtidigt få i uppdrag att utveckla ett system för att fler aktörer ska kunna godkännas och anslutas till kortet.

Vi vet att barn i ekonomisk utsatthet alltför tidigt känner stort ansvar för familjens ekonomi och när fritidsaktiviteterna konkurrerar med övriga behov i hushållskassan så slutar många med sin träning eller annan fritidsaktivitet. Den insikten är viktig.

Genom vår reform kommer nästan en miljon barn att få stöd för aktiv och meningsfull fritid, varav det större stödet ges till ca 150 000 barn.

10.6 Familjerättsliga frågor

Det går inte alltid 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.

Vikten av samarbetsamtal vid separation

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 den tidigare 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. Det är också mycket positivt att Försäkringskassan numera stödjer föräldrar i frågor om underhållsstöd och underhållsbidrag.

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 trädde i kraft 2006. Syftet med ändringarna var framför allt att förstärka barnperspektivet i lagstiftningen. Det innebar bland annat 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 olovligen förs bort, hålls kvar eller annars far illa. Ändringarna innebar även att det har införts en generell skyldighet för domstolen att, om det är lämpligt, verka för samförståndslösningar i indispositiva tvistemål. Det betyder att domstolen i mål om vårdnad, boende och umgänge ska verka för att föräldrarna når en samförståndslösning som är förenlig med barnets bästa. Domstolen ska också kunna ge en medlare i uppdrag att försöka få föräldrarna att nå en samförståndslösning till barnets bästa.

Antalet vårdnadsfall ökade efter 2006 på ett oroväckande sätt. Alliansregeringen tillsatte därför en utredning som skulle utvärdera 2006 års vårdnadsreform. Utredningen konstaterade att vårdnadsreformen har fallit väl ut. Barnrättsperspektivet hade stärkts. Samtidigt föreslogs en hel del förbättringar som Kristdemokraterna ställer sig positiva till, bland annat att föräldrar som överväger att inleda en tvist om barn först ska vända sig till socialnämnden för ett obligatoriskt informationssamtal där man informeras om vad en domstolsprocess innebär samt alternativa sätt att lösa konflikten. Dessutom föreslås att barnets rätt till relevant information och rätt att fritt uttrycka sina åsikter och få dem beaktade tydliggörs i föräldrabalken.

Kristdemokraterna vill också att barnens rättigheter i en vårdnadstvist stärks genom rätten till ett juridiskt ombud. Alla yrkesgrupper inom rättsväsendet som möter barn ska dessutom utbildas. Kristdemokraterna avser att följa regeringens uppföljning av utredningen *Se barnet!* noggrant.

Faderskapsbekräftelse och gemensam vårdnad före barnets födelse

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

För gifta föräldrar finns det i dag en faderskapspresumtion. För sammanboende föräldrar finns det ett praktiskt hinder för faderskapspresumtion eftersom det inte finns någon helt entydig och för alla synlig markering i fråga om 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 vilket

även skulle innebära att den gemensamma vårdsnaden kan registreras innan barnet är fött.

Två vårdnadshavare – inte fler

Det förekommer att frågan om att möjliggöra fler vårdnadshavare diskuteras. Kristdemokraterna tycker att det är viktigt och bra för barnen att ha nära relationer till andra vuxna än sina föräldrar, såsom far- och morföräldrar, syskon till föräldrarna eller andra närstående. Det är dock inte detsamma som att ha flera vårdnadshavare.

Vårdnadshavare beslutar i frågor som rör barnets personliga förhållanden, till exempel om barnet ska utredas och behandlas, i vilken skola barnet ska gå eller var barnet ska bo. Vårdnadshavarna måste fatta viktiga beslut gemensamt. Att ha fler än två vårdnadshavare riskerar därför att öka antalet konflikter över olika beslut som ska fattas och medföra att barnet därmed inte får sina behov tillgodosedda, exempelvis i fråga om sjukvårdande behandlingar. Det riskerar också att leda till ännu fler svåra vårdnadstvister, som redan i dag är ett stort problem och som påverkar barns hälsa och utveckling negativt.

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

10.7 Barnkonventionen som svensk lag

Kristdemokraterna var ett av de allra första partierna att förespråka att barnkonventionen införlivas i svensk lag enligt norsk modell. Nu är beslutet fattat av Sveriges riksdag och de första stegen kan påbörjas i arbetet för att ge barn bättre skydd och rättigheter. Kristdemokraterna känner tillförsikt i detta arbete.

Samtidigt räcker det inte med att barnkonventionens rättsliga ställning stärks. För att vi ska kunna efterleva barnkonventionen behövs ett perspektivskifte till barnens perspektiv och att detta genomsyrar allt offentligt arbete som rör barn direkt eller indirekt. Inte minst är det viktigt för att barns rättigheter inte ska fortsätta stå tillbaka när konflikter mellan barns och vuxnas intressen oundvikligen uppstår. Det är viktigt att följa upp hur tillämpningen av barnkonventionen som lag kommer efterlevas. Vi föreslår att regeringen på lämpligt sätt följer upp arbetet med att förverkliga barnkonventionen och årligen rapporterar till riksdagen hur genomförandet sker.

Janusz Korczaks banbrytande tankar och sätt att se på barnen och lärande var välkänt redan under hans levnadstid. Utan Korczak hade sannolikt FN:s konvention om barns rättigheter sett annorlunda ut. Det finns anledning att uppmärksamma Korczak under 2020 då barnkonventionen blir lag. Vi vill att regeringen på lämpligt sätt uppmärksammar Janusz Korczaks arbete och påverkan på den kommande FN-deklarationen om barns rättigheter.

10.8 Våld i nära relationer

Det är av stor vikt att kvinnor som utsätts för misshandel, både fysiskt och psykisk, har möjlighet att lämna hemmet och relationen. Det är avgörande för många att våga, kunna och ta steget ur ett negativt förhållande att det finns en säker plats att under en tid komma till. En plats som ger fysisk trygghet för kvinnan och eventuella barn samtidigt

som man får möta både professionell hjälp men även möta kvinnor med som också utsatts för kvinnofridsbrott. Vi anser att det är bra att regeringen förslår ökat stöd till kvinnojourer. Dock finns det även män som utsätts för våld i sin relation och därför anser vi att detta stöd även ska användas för att stötta mansjourer. Vi vet att antalet kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är fler än män som utsätts men oaktat detta behövs även mansjourer.

11 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 föräldransvaret 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. Föräldrastödsstrategin från 2009 har nyligen ersatts av en föräldraskapsstrategi.

Föräldrastöd och föräldrautbildning

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

En stor del av dagens föräldrastödinsatser fokuserar på de mindre barnen och nyblivna föräldrar. Detta är en riktig prioritering eftersom forskning talar till förmån för tidiga insatser. Samtidigt ser vi ökande problem med psykisk ohälsa och oro bland våra tonåringar. Även lite större barn och tonåringar är i behov av sina föräldrars tid och uppmärksamhet.

Det finns en efterfrågan bland föräldrar på att kunna få prata och rådgöra med någon om föräldrarollen och barnets utveckling. Det befintliga utbudet av stöd motsvarar inte detta behov, särskilt inte vad gäller stödet till föräldrar med tonårsbarn.

Kristdemokraterna har därför föreslagit att öka tillgången till föräldrautbildning genom att göra det obligatoriskt för kommunerna att erbjuda föräldrastödsprogram. När riksdagen antog M/KD-budgeten i december 2018 infördes ett första steg – ett obligatorium för alla kommuner att erbjuda föräldrastöd under barnens uppväxt, men tyvärr tog nuvarande S/MP-regering och dess samarbetspartier C och L bort denna reform innan den hunnit genomföras. Kristdemokraterna avsätter 176 miljoner kronor per år 2020–2022 för detta ändamål inom utgiftsområde 9.

Folkhälsomyndighetens hälsoekonomiska beräkningar visar att det är kostnads-effektivt att satsa på föräldrastöd. Varje satsad krona på strukturerade föräldrastödsprogram ger två kronor tillbaka inom ett till två år. Även studier som två national-ekonomer 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.

Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar

Kristdemokraterna medverkade under regeringstiden 1991–1994 till förstärkt familjerådgivning och numera är varje kommun skyldig att erbjuda familjerådgivning. Sedan 2004 har antalet ärenden och besök till familjerådgivningen ökat med 19–21 procent. Under 2018 pågick totalt drygt 38 000 ärenden och ett stort antal barn berördes av dessa ärenden. 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 dem som väljer att separera kan rådgivningen vara ett sätt att få hjälp med att hantera konflikter och att underlätta samarbete och ett gemensamt föräldraskap även om de lever på skilda håll. Det finns svensk forskning och utvärdering som visar att familjerådgivning har en positiv effekt på den självrapporterade kvaliteten i parförhållanden.

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

Familjerådgivningen fungerar bäst i ett tidigt skede innan alltför stora låsningar uppstår. Familjerådgivningen måste därför 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 per år 2020–2022 inom utgiftsområde 9.

Eftersom familjerådgivningen är inriktad på att ge stöd i krissituationer är det viktigt att väntetiderna inte får vara alltför 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.

Familjecentral och öppen förskola

Familjecentraler är ett kristdemokratiskt initiativ och det är glädjande att det startas på allt fler ställen i Sverige. Genom familjecentraler blir barn- och familjeperspektivet centralt framför verksamhetsperspektiven (Bulling and Berg, 2018). Syftet är att arbeta förebyggande bland barn och familjer för att erbjuda en mötesplats. Samarbete mellan kommuner och region med personal från mödravård, barnavård, öppen förskola och socialtjänst främjar en god hälsa och stärker det sociala nätverket runt barn och föräldrar.

Samverkan mellan många yrkeskategorier kring barn och barnfamiljer förbättrar de olika professionernas förutsättningar att upptäcka och tillgodose behov bland barnfamiljer. I Sörmland är anmälningar till socialtjänsten och samverkan med socialtjänsten mer förekommande vid familjecentraler än på barnavårdcentraler (BVC). Likaså erbjuds barn vid familjecentraler teambesök med läkare och sjuksköterskor i högre grad än vid BVC. Nationella jämförelser har också visat att föräldrar får bättre stöd vid familjecentraler än vid BVC (Fabian, Sarkadi, & Wallby, 2013). En kartläggning gällande fråga om våld i Sörmland visade att fler barnhälsovårdssjuksköterskor som arbetade vid familjecentraler frågade om våld, jämfört med barnhälsovårdssjuksköterskor vid BVC (Nimborg, Skålen, 2017).

Den samverkan som sker naturligt vid familjecentraler innebär också att man har större möjlighet att skraddarsy lösningar för ett specifikt behov. Personal vid familjecentraler utvecklar ett beteende som visar en avancerad samarbetsprocess, teamtänkande och samverkande färdigheter (Nylen, 2018). En familjecentral skapar också en mötesplats för familjer i ett bostadsområde. Forskning visar att vänner och socialt nätverk är väsentligt för barns hälsa. Att barns hälsa hänger samman med hur familjen och då speciellt mamman mår vet man också. Genom familjecentralerna byggs en struktur för att stärka kända friskfaktorer för de yngre barnen.

Forskning visar också på en ökad arbetshälsa hos professionen vid familjecentraler (Håkan Sandberg, 1997; H. Sandberg, 2010). Samverkan förtydligar yrkesrollerna. En ökad kunskap om respektive professions kompetens gör att varje profession gör det de är bäst på. Arbetsmiljön förbättras hos respektive verksamhet och det är lättare att rekrytera personal till tjänster som det annars är svårt att hitta legitimerad personal till. 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.

Vi är också mycket positiva till att det finns en öppen förskola i anslutning till familjecentralen. Enligt Skolverkets statistik ingick nästan 48 procent av de öppna förskolorna (237 stycken) i en familjecentral hösten 2018. Det är 3 procentenheter (21 öppna förskolor) fler än föregående år. Detta är mycket positivt. Hösten 2018 fanns det totalt 495 öppna förskolor, det är en ökning med 10 verksamheter jämfört med föregående år. Samtidigt finns det flera orter där öppen förskoleverksamhet helt saknas eller inte räcker till för alla barn. Drygt var fjärde kommun (75 kommuner) saknar helt öppen förskola, enligt Skolverket. Det är vanligast med öppna förskolor i storstadsområden och större städer. Det är en oroväckande nedmontering av familjestödet i en tid då allt fler föräldrar uttrycker behov av stöd. Även om det har skett en liten ökning av verksamheter under föregående år vill Kristdemokraterna att antalet öppna förskolor ökar ännu mer. Vi är mycket positiva till samverkan mellan öppna förskolor och familjecentraler.

12 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, region och kommuner. De anhörigas insatser måste ges erkännande samtidigt som vi behöver ge de anhöriga de verktyg och det stöd de behöver för att vilja och orka fortsätta i sin ovärderliga gärning. Vi anser vidare att det är fortsatt viktigt att utveckla stöd för anhöriga för att säkerställa att den omsorg som de ger till närstående är frivillig. I detta arbete är Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) en viktig resurs. Ett kompetenscentrum som har till uppdrag att bidra till en högre kvalitet och produktivitet i vården av äldre personer i hela landet med inriktning på frågor som rör anhörigas situation genom att skapa en nationell överblick inom verksamhetsområdet, samla in, strukturera och sprida kunskaper och erfarenheter på anhörigområdet, stimulera och stödja utvecklingsarbete och spridning av kunskaper om anhörigas situation, bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen och ta del av internationella erfarenheter och forskningsresultat. Inte minst barn som anhöriga behöver uppmärksammas mer än vad som görs idag. Även om det har blivit bättre så är det inte alltid barn erbjuds det stöd de kan behöva utifrån sin ålder. Att barnkonventionen inkorporeras i svensk lagstiftning den 1 januari 2020 är ett viktigt led i att stärka konventionens rättsliga ställning. Men det kommer inte att räcka. Det behövs ett perspektivskifte i vård och omsorg i hur barns rättigheter tas tillvara. Inte minst är det viktigt när barnets intressen och rättigheter står emot de vuxnas.

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 ena personen i ett par ofta utför omfattande insatser i form av omsorg och tillsyn när den andra 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 som påverkar den närståendes hälsa.

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.

Rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg

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.

Vård av förälder (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 sällskap till läkare, tandläkare eller något annat viktigt besök. Antalet VAF-dagar skulle kunna beräknas på samma sätt som tillfällig föräldrapenning, vara behovsprövat och ge rätt till tjänstledighet. Antalet dagar skulle vara begränsat. Kristdemokraterna anser att frågan om VAF-dagar bör utredas.

13 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. Den hemlöshetssamordnare som utsågs av alliansregeringen arbetade 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 den evidensbaserade modellen ”Bostad först”. Kristdemokraterna vill fortsätta arbetet mot hemlöshet. Inte minst måste avhysningar av barnfamiljer förebyggas så långt det är möjligt. Ytterligare åtgärder är att ställa krav på att de allmännyttiga bostadsbolagen avsätter 5 % av all nybyggnation för sociala ändamål. Dessa 5 % behöver inte nödvändigtvis erbjudas i det nybyggda utan kan med fördel hämtas från det befintliga beståndet. Samma krav bör ställas på privata aktörer när de får tilldelning av kommunal mark. Detta handlingsätt skulle öka tillgången på sociala bostäder vilket idag är en verklig bristvara.

Bostad först – evidensbaserad och ekonomiskt effektiv

Under lång tid ansågs missbruk som något som handlade om personlig moral, eller snarare brist på densamma. Den allmänna uppfattningen var att personer med missbruksproblem visst kunde sluta, bara viljan fanns. Inte sällan var attityden mycket nedlåtande och ofta fick de rådet att skärpa sig och uppföra sig som folk.

Självklart fick denna attityd påverkan på hur det offentliga, i första hand socialtjänsten, såg på personen med missbruk eller beroende. Det handlade ofta om att personen skulle genomgå avgiftning och sedan bevisa för myndigheterna att man skärpt sig. Genom att uppfylla, ”bevisa”, att man klarat sig utan alkohol eller droger under en viss tid kunde man få mer handfast hjälp som korttidsboende, försöksboende och kommunala andrahandskontrakt. Socialförvaltningarna har i mångt och mycket blivit bostadsförmedlare istället för socialarbetare. Det finns en uppsjö av hinder för en bostadslös person att få tillgång till en bostad. Några exempel är att försörjningsstöd inte räknas som inkomst, detta gäller även vissa kommunala bostadsbolag, vilket omöjliggör ett eget boende. Det ställs upp regler om att du inte får ha husdjur, inte får använda alkohol/droger i någon form. Socialförvaltningen måste stå som hyresvärd och i sin tur hyra ut i andra hand. Du kan som boende tvingas acceptera att socialförvaltningen har rätt att på eget bevåg ha tillträde till lägenheten utan den boendes tillstånd.

Utifrån detta synsätt utvecklades den idag allt igenom dominerande trappstegsmodellen. Den går i korthet ut på att den missbrukande ställs inför ett antal olika ”trappsteg” som vart och ett innehåller olika slags krav som måste klaras av innan nästa trappsteg får äntras. Väldigt få missbrukande lyckas med alla dessa ”trappsteg” utan misslyckas och då tvingas man att börja om igen. Var och en inser att denna modell leder till det ena misslyckandet efter det andra, självförtroendet minskar, de sociala relationerna försvinner och inte sällan hamnar man i hemlöshet. Trots att erfarenheten visar att ytterst få missbrukande får permanent hjälp av denna modell så används den gång på gång, år efter år, det kan inte vara rimligt.

Idag har vi en annan syn på missbruk, vi vet att det är en beroendesjukdom och inte en svaghet i personligheten. Vi vet att en person med beroendesjukdom behöver kvalificerad hjälp under lång tid men vi vet också att en trygg social situation medverkar till bättre resultat.

Det är här den evidensbaserade metoden Bostad först¹³ kommer in i bilden. Ett arbetssätt som tar sin utgångspunkt i att det första, och ibland enda, en hemlös behöver

¹³ <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2018/05/Handbok-Bostad-fo%CC%88rst-Sverige.pdf>.

är ett eget boende, en plats att kalla sitt hem. Egentligen är det självklart att om man är bostadslös så är det svårt att klara livet på ett bra sätt. Allt vardagligt blir plötsligt stora bekymmer. Var ska jag bo i natt? Var ska jag sköta min personliga hygien? Var ska jag träffa mina barn? Vart ska min post skickas? Bostad först är precis vad namnet säger, man måste börja med bostaden och sedan erbjuda den hjälp den boende vill ha och är mottaglig för. De krav som ställs är de samma som för alla hyresgäster; betala hyran, sköt lägenheten och stör inte dina grannar.

Bostad först-modellen används i dag i många länder. Gemensamt är att 8 av 10 som fått en lägenhet klarar av att bo kvar i den långsiktigt; de betalar hyran, sköter lägenheten och stör inte grannarna. Detta är ett resultat som aldrig nås i den traditionella trappmodellen, där endast ett fåtal kommer så långt som till en egen lägenhet.

Bostad först är inte en lösning på alla problem, men däremot för många en förutsättning för att lyckas bli frisk från sin beroendesjukdom. Den som får ett Bostad först-boende tenderar att minska sitt missbruk, får lättare att behålla sociala relationer, blir mer villig att erkänna sina problem och mer motiverad att genomgå behandling. Likaså bidrar den egna bostaden till att kontakter med barn, släktingar och vänner underlättas och kan återupptas vilket leder till en stabilare social situation.

Genom att personer med missbruk eller beroendesjukdom förutom lägenhet också erbjuds stöd och hjälp utifrån sina behov så kan många återgå till ett liv som är mindre präglad av beroendesjukdomen.

Utöver det rent mänskliga finns det även en ekonomisk sida som klart talar till Bostad försts fördel. I jämförelser med trappstegsmodellen blir kostnaden för en person i Bostad först mellan 100 000 till 200 000 kr lägre per person och år. (Boverkets rapport Vad kostar Bostad först?, 2015) Detta skulle leda till betydande minskade samhällsliga kostnader.

Kristdemokraterna avsätter 250 miljoner kronor för att införa Bostad först i hela landet. Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utarbeta regler för hur Bostad först ska vara den primära insatsen för hemlösa/bostadslösa personer med samtidig beroendesjukdom. Vidare att det inrättas en nationell expertgrupp för att vidareutveckla metoden Bostad först och bistå kommunerna i deras arbete med att införa Bostad först. Stimulanspengar avsätts till kommunerna för att antingen införa eller utvidga användandet av modellen Bostad först.

14 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. Ett extra stöd infördes till personer som på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling har behov av extra stora insatser. Grunderna i reformen har varit bra. Däremot har reformen inte gett önskade effekter i form av ökad besöksfrekvens. Alltför många vuxna anger fortfarande att de avstår från tandvård på grund av kostnaderna.

Enligt Socialstyrelsen har tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats. Andelen som behandlas för karies har minskat från 28,8 till 22,9 procent. Det kvarstår dock socioekonomiska skillnader. Andelen vuxna över 23 år som besöker tandvården har minskat med ca 7 procent mellan 2011–2018. I synnerhet i ålder 35–49 år. Men samtidigt har andelen akuta besök ökat vilket kan vara ett tecken på att man inte går regelbundet till tandläkaren. Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationssatsning kring tandvårdsförsäkringen. Vi ser även positivt på regeringens beslut att höja det allmänna tandvårdsbidraget. Tanderna 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.

Tandvården kan bidra till en bättre hälso- och sjukvård genom en ökad samverkan mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården. Nya kunskaper visar att såväl viss hjärt- och kärlsjukdom som benskorhet kan upptäckas tidigt inom tandvården. Det innebär, menar vi kristdemokrater, att samverkan måste utvecklas så att tidig upptäckt och prevention kan öka genom en bättre och mer utvecklad samverkan mellan tandvården och övrig hälso- och sjukvård.

Tandhälsan bland barn och unga

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fortsätter karies bland barn och unga att minska, förutom bland 6-åringarna. År 2017 hade 40 procent av alla 19-åringar inga kariesskador och detta är en förbättring jämfört med sex procentenheter sedan 2016. Enligt Socialstyrelsen grundläggs goda tandvårdsvanor i förskoleåldern.

Karies i mjölkänderna medför en sämre prognos för munhälsa senare i barns liv och i ungdomsåren. Det är därför avgörande för en vuxens tandhälsa hur tänderna sköts redan som litet barn. Vidare är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även om tandvården är fri för barn och unga innebär det att dessa barns och ungas tandhälsa är sämre.

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

15 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. Över hela landet finns det ungefär 1 400 apotek med generösa öppettider och högt utbildad personal. Medborgarna har ett högt förtroende för apoteken. Sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009 har apotekstätheten och tillgängligheten ökat. Siffror från Sveriges Apoteksförnings branschrapport 2019 visar att antalet apotek har ökat från drygt 900 till ungefär 1 400 och att antalet apotek per 100 000 invånare har ökat från 10 till 14. Samtliga län har fått många fler apotek sedan 2009, liksom nio av tio kommungrupper. I gruppen glesbygdskommuner är antalet oförändrat sedan 2009. Till det kan läggas att antalet söndagsöppna apotek har ökat från 154 till 545 stycken. Samtliga apotekskedjor erbjuder även e-handel via internetapotek. Apoteksbranschen är inte vilken bransch som helst. Den som tar på sig ansvaret för 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 glest 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.

Förstärk apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan

Kristdemokraterna anser att apoteken och deras högt utbildade personal är en viktig men underutnyttjad resurs inom hälso- och sjukvården. Varje dag besöker drygt 325 000 personer ett apotek i Sverige. Apotekspersonal träffar därmed patienterna från hälso- och sjukvården oftare än vårdpersonalen. Genom att utöka och förstärka apotekens roll i vårdkedjan kan primärvården och därmed även akuten avlastas. Vårdens resurser kan då riktas effektivare mot de patienter som har störst vårdbehov.

WHO uppskattar att så många som 50 procent av kronikerna inte tar sitt läkemedel på rätt sätt. Socialstyrelsen visar att varje år blir 35 000 äldre så sjuka av sina läkemedel att det krävs sjukhusvård. I den nationella läkemedelsstrategin anges att 6 till 16 procent av alla som läggs in på sjukhus gör det på grund av läkemedelsrelaterade problem. Felaktig läkemedelsanvändning uppskattas kosta så mycket som 20 miljarder per år.

I jämförelse med många andra europeiska länder har svenska apotek en mycket begränsad roll i vårdkedjan. I Danmark erbjuder apoteken exempelvis läkemedelssamtal till personer som nyinsjuknat i en kronisk sjukdom. Vid en uppföljning av en grupp astmapatienter i Danmark som haft läkemedelssamtal hos apoteket visade det sig att antalet läkarbesök minskade med 16 procent på ett år jämfört med de som inte fick

läkemedelssamtal. Andra studier visar även att akutinläggningar kan undvikas och att stora summor sparas när apoteken får en större möjlighet att avlasta hälso- och sjukvården. Vi föreslår följande reformer för att utöka apoteks roll för att bättre främja egenvård och hälsoförebyggande insatser:

- Ge farmaceuter möjlighet att genomföra strukturerade läkemedelssamtal även med personer som nyinsjuknat i kronisk sjukdom.
- Låt apoteken ta del av provsvar från sjukvården som är relevanta för läkemedelsbehandlingen. Apoteken bör även få möjlighet att utföra enklare laborativ verksamhet såsom allergitester, blodsockerkontroll och blodtrycksmätningar. För att upprätthålla samma kvalitetskrav på utförande och tolkning av laborativ verksamheten på apotek som inom hälso- och sjukvården är det viktigt att laborativ analyserna undergår likvärdiga externa kvalitetsprogram och ackreditering.
- Ge farmaceuter möjlighet att erbjuda hälsofrämjande och coachande samtal för att hjälpa personer att sluta röka, hantera stress, minska alkoholkonsumtionen eller gå ner i vikt.
- Utred fördelarna med en ny kategori av läkemedel – ett så kallat farmaceutsortiment. Utvalda läkemedel som idag är receptbelagda blir receptfria under förutsättning att de säljs bakom disk på apotek och tillsammans med rådgivning av farmaceut. Farmaceutsortimentet skulle kunna innehålla exempelvis salvor vid ögoninflammation och eksem, potensläkemedel eller högre styrkor av läkemedel som idag är receptfria endast i lägre styrkor. Även läkemedel med en negativ miljöpåverkan kan tänkas ingå i farmaceutsortimentet.
- Utred fördelarna med farmaceutförskrivning. Farmaceutförskrivning innebär att farmaceuter under strikta former och efter särskild utbildning kan förlänga vissa recept. Det finns läkemedel mot sjukdomstillstånd som i många fall lämpar sig för egenvård, men där det finns risker med användningen som gör att de idag inte klassas som receptfria läkemedel. I dessa fall är läkarbesöket för att få ett recept utskrivet oftast onödigt då läkaren inte tillför något av större värde till beslutet om behandling. De risker som finns med dessa läkemedel kan hanteras på apotek genom en bedömning av en farmaceut. Farmaceuten avgör då om läkemedlet kan säljas eller inte till den person som ska använda läkemedlet. För att avgöra om det ska säljas eller inte kan t.ex. ett särskilt protokoll följas. Det kan också finnas andra riskminimerande åtgärder som apotek kan vidta innan de får sälja dessa läkemedel – exempelvis att patienten tar del av särskild information eller att en blodtrycksmätning görs. Detta är ett system som finns i flera länder. Senast infördes detta i Norge där potensläkemedlet Viagra nyligen godkändes för receptfri försäljning efter att farmaceuten gått igenom en checklista med patienten. I fallet med potensläkemedlet så tror det norska läkemedelsverket att receptfriheten även kommer att minska den omfattande illegala försäljning som sker idag.
- Utred farmaceuters möjlighet att re-förskriva eller förlänga giltigheten på ett recept efter att giltighetstiden har gått ut under vissa förutsättningar. I Danmark har detta införts med begränsningar kring vilka läkemedel och sjukdomar som omfattas och med villkoret att det ska handla om en stabil medicinering till en person över 15 år. Det handlar exempelvis om insulin, blodtrycksmediciner och p-piller. Endast minsta förpackningen får re-förskrivas och expedieras och ansvarig läkare måste förskriva

recept nästa gång. Re-föreskrivningen förhindrar därmed avbrott i behandlingen och gör att patienten får längre tid på sig att kontakta sin läkare för ett nytt recept.

Ökad tillgänglighet till läkemedel

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. Det handlar om att ställa krav på förbättrade beställnings- och leveranstider från de som distribuerar läkemedel till apoteken. Vi har tidigare motionerat om detta problem i riksdagen och ser därför positivt på regeringens förslag och riksdagens beslut att läkemedelsdistributörernas leveransskyldighet förtydligas i lagen i syfte att förbättra förutsättningarna för apoteken att tillhandahålla läkemedel inom 24 timmar. Kristdemokraterna vill också att detaljhandeln även fortsättningsvis ska ha rätt att sälja vissa receptfria läkemedel.

Returrätt för kylvaror

Som nämnts ovan välkomnar vi regeringens förslag till förändringar gällande den så kallade 24-timmarsregeln. Den hänger dock tätt samman med regleringen av returrätt för läkemedel. I denna del som rör returrätten genomför regeringen inte fullt ut det som krävs för att förbättra apotekens möjligheter att lagerhålla läkemedel. Detta kan i sin tur leda till att en redan mycket hög direktexpedieringsgrad ökar ytterligare. Den så kallade servicegraden, det vill säga direktexpedierade recept i relation till antalet kundbeställningar, översteg 95 procent år 2016.

Öppenvårdsapotekens möjligheter att returnera läkemedel som inte blivit sålda har betydelse för apotekens beslut att köpa in och lagerhålla varor och beställa varor som inte finns i lager när de efterfrågas av kunderna. Om inte någon kund köper det beställda läkemedlet måste apoteken antingen returnera eller kassera dessa varor.

Det är problematiskt att regeringen inte föreslår att så kallade kylvaror inkluderas i returrätten. Idag är det fem procent av förpackningarna med läkemedel som måste transporteras i obruten kyl. Detta motsvarar emellertid omkring 27 procent av apotekens inköpsvärde. Att då exkludera kylvaror gällande returrätt påverkar apotekens förmåga att beställa hem särskilt dyra läkemedel och det gäller inte minst för mindre apotek och apotek i glesbygden. Det är inte ovanligt att en kund beställer hem ett läkemedel som inte finns på lager och därefter ändå går till ett annat apotek för att hämta ut det. Det är då det enskilda apoteket som står för hela risken; en enstaka förpackning kan i vissa fall kosta 300 000 kronor. En enda beställning kan därför orsaka konkurs för ett mindre apotek. Vill vi fortsätta se en bredd av apoteksaktörer som snabbt kan expediera läkemedel till kunderna, så detta bör ses över. Vi är därför glada att socialutskottet ställde sig bakom vår motion 2017/18:4066 och tillkännagav för regeringen att återkomma till riksdagen med ett förslag om att även läkemedel som kräver kyl- eller frysförvaring bör omfattas av returrätten. Dessvärre har S/MP-regeringen ännu inte

agerat på tillkännagivandet. Vi kommer fortsätta följa upp frågan och säkerställa att regeringen skyndsamt kommer återkomma med förslag till riksdagen.

Översyn av generikasystemet

Varje månad utser Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) vilka varor som för tillfället är billigast. De benämns periodens vara och är den vara som apoteken ska erbjuda byte till. Det innebär att apoteken har en skyldighet att köpa in och erbjuda byte till periodens vara vid expedition av utbytbara läkemedel med generisk konkurrens. Dagens system med generiska utbyten behöver ses över och reformeras. De frekventa bytena av läkemedel är inte minst påfrestande för multisjuka äldre. Risken för felmedicinering och att patienter helt avstår från att ta sina läkemedel ökar. Att det sannolikt även finns samhällsekonomiska vinster med längre utbytesperioder är en av slutsatserna i rapporten ”Risker och kostnader för prissamordning på den svenska generikamarknaden”.

I TLV:s val av periodens vara så är utgångspunkten idag enbart lägsta pris. Vi anser att det är angeläget att även väga in miljöhänsyn som ett kriterium i valet av periodens vara, med tanke på att det är stor skillnad i hänsynstagande av negativ miljöpåverkan vid tillverkning av läkemedel i olika länder. Det var ett förslag som presenterades redan 2013 av den dåvarande Läkemedels- och apoteksutredningen, men ännu har S/MP-regeringen inte agerat på området. Längre utbytesperioder skulle sannolikt också leda till att apoteken behöver kassera färre läkemedel än idag vilket är önskvärt utifrån både ett miljömässigt och etiskt perspektiv.

Baserat på ovanstående anser Kristdemokraterna att det är angeläget att utreda hur generikasystemet kan reformeras i syfte att nå bättre patientsäkerhet och samhällsekonomisk nytta samt uppnå en större miljöhänsyn.

Ökad förskrivning av läkemedel till barn och ökade kostnader

Under 2016 infördes en reform där läkemedel för barn blev gratis. Redan då varnade vi liksom flera remissinstanser för att det skulle riskera att öka läkemedelskonsumtionen bland barn. Den första utvärderingen från E-hälsomyndigheten bekräftade 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 till ett barn för att undkomma kostnaden. Det kan på sikt äventyra patientsäkerheten. Socialstyrelsens utvärdering av reformen har visat att uttaget av samtliga receptbelagda läkemedel till barn har ökat med 23 procent sedan ikraftträdandet. Om man justerar för befolkningsökningen är ökningen av läkemedelsuttag 18 procent. Läkemedlen med störst ökning av antal uttag var mjukgörande salvor följt av sömnmedlet melatonin och allergiläkemedel. Läkemedlen med störst relativ ökning av uttag var sömnmedlet melatonin. Kostnaderna för läkemedel har också ökat med 48 procent. Kristdemokraterna vill återgå till ett system med ett gemensamt högkostnadsskydd för samtliga barn i hushållet.

16 Alkohol, narkotika, doping, tobak och spel

ANDTS-strategin

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, tobak eller spelmissbruk. 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, förkortad ANDT-strategin. Strategin anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser på området. Den första strategin gällde mellan 2011 och 2015 och en ny strategi där även spelmissbruk ingår 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. Vi kristdemokrater 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. Den vetenskapliga grunden för att det är en central del i det förebyggande 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 ungefär den nivån (2018: 8,8 liter per person enligt CAN). 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 de 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 ANDT-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.

Intag av all narkotika, men även alkohol och tobak, medför negativa hälsoeffekter. Det är dock stor skillnad på vilka skador som kan uppkomma för både individen och dennes omgivning beroende på vilken substans som intas. En vetenskapligt genomförd riskbedömning av skadeverkningarna av alkohol, tobak och olika sorters narkotika skulle därför vara värdefull vid reglering av lagstiftning inom detta område och bör ingå i nästa version av ANDT-strategin.

Ungefär två procent av den svenska befolkningen har spelproblem, och varje år tillkommer omkring 100 000 problemspelare. Snabba internetspel om pengar har hög beroendepotential och utgör huvudproblemet för majoriteten av svenska problemspelare. Den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd. Sjukvård och socialtjänst är sedan den 1 januari 2018 skyldiga att erbjuda utredning och behandling. Det är därför angeläget att inkludera spel om pengar och arbetet för att förebygga spelberoende i den kommande strategin och betona detta genom att lägga till ett ”S” i ANDTS-strategin.

Nationellt kompetenscentrum för ANDTS

För att kunna sprida, implementera och kvalitetssäkra verksamma folkhälsopreventiva metoder behöver kommuner och regioner centralt stöd och utbildning, vilket i dag saknas. Det finns flera ANDT-förebyggande metoder som utvecklats och visats vara framgångsrika. Ett exempel är metoden Ansvarsfull alkoholserving som organisationen STAD har tagit fram och utvecklat. Metoden har sedermera spridits till över 200 av landets kommuner men eftersom kommunerna idag inte får något metodstöd håller arbetet på att monteras ned. Det är ett slöseri med statens resurser att ta fram metoder som sedan inte förvaltas.

STAD (www.stad.org) vid Centrum för psykiatriforskning, som organisatoriskt tillhör bland annat Karolinska institutet, har sedan starten 1995 tagit fram flera framgångsrika ANDT-förebyggande metoder som spridits både nationellt och internationellt. Idag är STAD den största aktören inom metodutveckling av det ANDT-förebyggande arbetet i Sverige. Preventionsarbete kräver långsiktighet och problemet idag är att ingen myndighet ansvarar för förvaltning, kvalitetssäkring och vidareutveckling av metoderna. Om inte kommuner och länsstyrelser får stöttning och utbildning i att använda metoderna på rätt sätt kommer resultaten utebli trots satsade resurser. Vi ser redan att metoderna försvagas och i värsta fall inte används av i kommunerna. Eftersom STAD har kompetensen och dessutom regelbundet blir kontaktade av kommuner och länsstyrelser föreslår vi att STAD får i uppdrag att bli ett nationellt kompetenscentrum avseende nämnda metoder samt utveckling av nya. Detta skulle kunna bli en konkret och av kommuner och länsstyrelser mycket efterlängtat åtgärd i den nya ANDT-strategin från och med 2021.

Arbetsmodellen som STAD tillämpar i flera av sina metoder, den så kallade STAD-modellen, är baserad på ett systematiskt folkhälsoarbete som inbegriper att ett ANDT-förebyggande multikomponentprogram utvecklas, implementeras och utvärderas. Denna arbetsmodell består av tre centrala komponenter: samverkan och mobilisering av nyckelaktörer, utbildning av nyckelaktörer och policyarbete och förbättrad tillsyn. Mervärdet av modellen är att det preventiva arbetet kan effektiviseras och synergieffekter uppstå genom samverkan.

I dagsläget är det framförallt fyra framgångsrika metoder utvecklade av STAD som är efterfrågade och som många kommuner behöver hjälp med. Dessa metoder har vetenskapligt bevisad effekt och är: Ansvarsfull alkoholserving, Krogar mot knark, Fotboll utan fylla och 100 % ren hårdträning.

Kristdemokraterna vill baserat på ovanstående införa ett nationellt kompetenscentrum utifrån STAD:s organisation med uppdrag att förvalta, kvalitetssäkra och vidareutveckla metoder som visats vara framgångsrika. Vi avsätter 15 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Alkohol

Alkoholkonsumtion bland ungdomar och äldre

I den senaste rapporten från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) angående skolungdomars drogvanor går att läsa: ”Andelen alkoholkonsumenter såväl som alkoholkonsumtionen bland svenska elever är år 2018 på fortsatt historiskt låga nivåer i både årskurs 9 och i gymnasiet år 2. Men den sjunkande trenden som iakttagits under senare år har möjligen bromsats upp. I årets undersökning svarade 40 % i årskurs 9 och 75 % i gymnasiet år 2 att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Årets nivåer innebar därmed en stabilisering jämfört med förra årets undersökning.” Nedgången i alkoholkonsumtion bland ungdomar i dag jämfört med på 80-talet när ca 80 % av ungdomarna debuterade under högstadietiden är mycket glädjande.

Det är alltså viktigt att prioritera det alkoholpreventiva arbetet bland unga eftersom de personer som de facto debuterar tidigt inte sällan har ett riskbrytande beteende kring alkohol och droger samt lider av psykisk ohälsa. Den unga hjärnan är därtill mycket känslig för alkoholens effekter och risken att hamna i missbruk och beroende är kraftigt förhöjd vid en alkoholdebut under tonårstiden. Denna riskgrupp kommer därför med stor sannolikhet behöva omfattande insatser av samhällets gemensamma resurser senare i livet. Med andra ord är ett framgångsrikt alkoholpreventivt arbete och insatser för att fånga upp ungdomar med alkoholproblematik tidigt viktiga, inte minst för de drabbade personerna och deras familjer, utan även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Det är också värt att notera att äldres alkoholkonsumtion har ökat under de senaste åren, i jämförelse med andra åldersgrupper men också i absoluta tal. Därtill har den alkoholrelaterad dödlighet ökat bland äldre.¹⁴

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 enskilda brukaren, utan även för omgivningen. Våld och annan kriminalitet, splittrade familjeförhållanden, trafikolyckor och sjukskrivningar är några exempel. Ofta kan också fattigdom och utanförskap kopplas till bruk av alkohol. Vi bär alla också på en medfödd hög eller låg risk för att utveckla ett beroende. Risken för skador varierar därför mellan individer, över ålder och beroende på situation och dryckesmönster. Risken för skador av alkohol ökar gradvis med ökande konsumtion. Färs forskning visar att det inte finns någon tydlig gräns under vilken alkoholkonsumtion är helt riskfri¹⁵ 2018. Baserat på den senaste forskningen är det angeläget att se över Socialstyrelsens riktlinjer angående riskkonsumtion. Det är 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

¹⁴ Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2019) Alkoholen och samhället 2019: Alkohol och äldre.

¹⁵ Allebeck P et al, Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting 2018. Rapport 2018:1.

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.

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 se positivt på 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 om enbart svenska tillverkare får sälja sina produkter direkt till konsument på tillverkningsstället är det 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.

Kristdemokraterna står därför bakom tillkännagivandet som gavs 2018 till regeringen om att under förutsättning att Systembolagets detaljhandelsmonopol kan upprätthållas verka för en lagstiftning som möjliggör gårdsförsäljning i begränsad utsträckning.

Tobak och passiv rökning

Rökförbud

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. Det är viktigt att konstatera att allt tobaksbruk är ohälsosamt men det finns stora skillnader i skadeverkningar. Det är skillnad på rökning och bruk av snus och tuggtobak. Detta tas inte hänsyn till i gällande lagstiftning. I lagstiftningen räknas all tobak lika och det innebär att en övergång från rökning till snusning försvåras, trots att vetenskapen pekar på att riskfaktorn är betydligt högre för rökare än snusare. Därför vill

vi ha en utredning där tobaksvarornas skadeverkningar nivågrupperas och därefter beaktas olika i lagstiftningen.

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.

En riksdagsmajoritet har beslutat att rökning vid till exempel uteserveringar, busshållplatser och offentliga entréer ska vara förbjudet. Vi kristdemokrater instämmer i intentionen att minska rökning, men vi röstade emot detta lagförslag eftersom vi istället anser att det via de kommunala ordningsreglerna ska vara möjligt för markägare att hindra rökning på de aktuella platserna. Vi pekade på de svåra gränsdragningsproblem som kan uppstå och som vi idag kan se när lagen är på plats. Vi kommer att noga följa konsekvenserna av den nya lagstiftningen.

Tobaksanvändning bland ungdomar

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rapport från 2018 om drogvanor hos elever i årskurs 9 och andra året på gymnasiet visar att tobakskonsumtionen bland niondeklassare minskat påtagligt under 2000-talet, även om senaste året visar på stagnation. Nedgången av andelen rökare i årskurs 9 är statistiskt säkerställd sedan 2012. Liksom i tidigare undersökningar var det i årets undersökning fler flickor (13 %) än pojkar (9 %) som rökte, medan pojkarna å andra sidan snusade i större utsträckning. I gymnasiet har den totala tobakskonsumtionen bland pojkar fluktuerat kring en förhållandevis stabil nivå (2018: 19 %), dock med vissa tendenser till nedgångar under senare år, medan flickornas tobakskonsumtion mer tydligt minskat. Bland flickor i gymnasiet har det skett en signifikant minskning av andelen rökare under den senaste femårsperioden (2018: 26 %). Även i denna årskurs var snusning betydligt vanligare bland pojkar. Frågor om användning av e-cigarett introducerades år 2014 och andelen som provat detta har sedan dess legat på en högre nivå jämfört med startåret. I årets undersökning svarade 32 procent av eleverna i årskurs 9 att de någon gång använt e-cigarett. Motsvarande siffror för gymnasiet var 41 procent.

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. Vi föreslår därför att ett exponeringsförbud för rökta tobak införs. Ungdomsmottagningarna har ett högt förtroende när det gäller informationsinsatser riktade till ungdomar och är därmed viktiga också i folkhälsoarbetet. Det är också angeläget att arbeta preventivt kring bruket av e-cigarett. Nyligen gjordes en kunskapsöversikt över den vetenskapliga litteraturen runt e-cigarett. En nylig rapport¹⁶ har gjort en övergripande samman-

¹⁶ <https://www.lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/tjanster/publikationer/2018/elektroniska-cigarett---en-kunskapssammanstallning-om-anvandning-attityder-och-potentiella-halsoeffekter.html>.

ställning av de vetenskapliga studier som utvärderat direkta hälsoeffekter av e-cigarett. Rapporten visar sammantaget att ”det är inte bara nikotinnehållande e-vätskor som kan vara skadliga för hälsan utan det är även de komplexa söta smaksättningar av e-vätskor som kan utgöra en hälsorisk, bland annat cellskador i lungor och munhåla. Långtidsstudier visar att ungdomar som använder e-cigarett i större utsträckning börjar röka konventionella tobakscigarett. Det finns även flera undersökningar som indikerar att e-cigarett inte är effektiva vid rökavvänjning.”

Nyligen aviserade USA att de kommer att införa ett förbud mot smaksatta e-cigarett och inhalatorer. Vi ser att det vore angeläget att Socialstyrelsen gör en kunskapsöversikt runt de direkta hälsoeffekterna av e-cigarett och därefter lämnar rekommendationer för eventuella lagstiftningsändringar.

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 ska förstöras. 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 nätdrogerna.

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 Trestad 2 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.

Motstånd mot legalisering av cannabis

Kristdemokraterna är emot legalisering av cannabis. De dokumenterade negativa effekterna är alltför stora. En legalisering medför en ökad tillgänglighet vilket ökar risken för att ungdomar börjar använda cannabis. Det finns säkerställda samband mellan cannabismissbruk i tonåren och ökad risk inklusive ökad risk att inte slutföra skolan, att utveckla beroende samt ökad psykisk ohälsa och kognitiva funktionsnedsättningar i vuxen ålder. Därtill ökade trafikolyckor. Vi är däremot positiva till att de aktiva substanserna i cannabisplantan extraheras och utvärderas för medicinskt bruk och genomgår traditionell läkemedelsprövning. Precis samma process som gäller för andra läkemedel som utvecklas från växtriket.

Vi är även emot avkriminalisering av bruk av cannabis, men det är värt att se över frågan. Det främsta argumentet för att avkriminalisera är att öka tillgången till vård. Det argumentet ställer vi också oss bakom. Men för att nå det målet är det avgörande att vi först får tillgång till en god, tillgänglig och jämlik beroendevård i hela landet. Det

saknas idag. En fördel med nuvarande system är att en polis som möter en ungdom som är påverkad eller innehar cannabis har rätt att ta personen till Maria Ungdom eller motsvarande beroendevård. Det ger en möjlighet att bryta ett missbruk tidigt – innan det övergår till ett tyngre beroende. Vi är vidare beredda att se över straffskalan för eget bruk så att den i större grad främjar vård och prevention.

Utbyggnad av sprututbytesprogrammet

Kristdemokraterna är positiva till utbyggnaden av sprututbytesprogrammet då det har dokumenterad effekt på riskbeteenden, dvs att de som söker sig till sprututbytet i mindre utsträckning delar använda verktyg med varandra. Detta är viktigt inte minst eftersom ny smitta av t.ex. hepatit C vanligtvis sker inom ett par år efter injiceringsdebut. Genom att minska smittspridningen av framför allt hepatit C och hiv och kan unga människor skyddas från att bli smittade tidigt i livet vilket sparar mycket lidande och även pengar för sjukvårdskostnader. Sprututbytet förbättrar också förutsättningarna för beroendevården att nå ut med hjälpinsatser till individer som annars inte skulle uppsöka vården. En rädsla som finns är att ett utbrett sprututbytesprogram skulle leda till en ökad droganvändning, men det finns ganska omfattande forskning på det området och inga studier visar ett ökat drogintag vare sig på individ- eller på samhällsnivå.

Bred tillgänglighet av naloxon

Kristdemokraterna har varit drivande för att naloxon ska vara tillgängligt för närstående samt polis och räddningstjänst vid risk för överdosering av opiater. Naloxon kan inte missbrukas och är inte beroendeframkallande. Att snabbt kunna ge en livräddande hjälpinsats vid en eventuell överdos är därför mycket viktigt. Det är glädjande att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket nyligen har gjort ändringar i sina föreskrifter som möjliggör att förskrivare får lämna ut naloxon direkt till patienter i stället för att läkemedlet förskrivs på recept och hämtas ut på apotek, sjuksköterskor får förskriva naloxon under vissa förutsättningar och icke legitimerad personal i ambulans och inom räddningstjänst får administrera naloxon vid opioidöverdos. Vi välkomnar också att Socialstyrelsen har uppdaterat de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende avseende naloxon. Rekommendationen säger att hälso- och sjukvården bör erbjuda naloxon till personer i riskzonen för opioidöverdos och att förskrivningen ska kombineras med en utbildningsinsats. Vi avser att följa hur den ökade tillgängligheten av naloxon förbättrar utgången vid överdosering av opiater.

Spel om pengar

Ungefär två procent av den svenska befolkningen har spelproblem, och varje år tillkommer omkring 100 000 problemspelare. Sjukvård och socialtjänst är sedan den 1 januari 2018 skyldiga att erbjuda utredning och behandling. Det innebär att kommuner och regioner blir ålagda att förebygga spelproblem. De ska också erbjuda stöd och behandling till personer som har allvarliga problem med spel om pengar. Det är fortsatt så att män spelar mer om pengar än vad kvinnor gör, men oroande forskning vid Lunds universitet visar att andelen med problemspelande är högre bland kvinnor än män. Snabba internetspel om pengar har hög beroendepotential och nätkasinon utgör huvudproblemet för majoriteten av svenska problemspelare med avseende på spelproblem och skuldsättning. Det är snabba och höggradigt beroendeframkallande

spel som dominerar reklamen vilket är problematiskt. Det kan också ifrågasättas att den riskklassificering som tillämpas vid vissa landbaserade spelformer (kasino) och gör att de blir särreglerade pga sin beroendepotential, inte tillämpas för nätspel och reklam för nätspel.

Den 1 januari 2019 infördes en ny spellag som innebär en licensmarknad. Enligt spellagen har spelbolagen en omsorgsplikt att skydda spelare mot överdrivet spelande genom att kunna identifiera och ingripa vid spelbeteende som tyder på överdrivet spelande. Bland annat har ”Spelpaus.se” introducerats vilket innebär att alla spel via internet ska erbjuda möjlighet för spelarna att stänga av sig från alla licenshavare genom ett centralt nationellt register, spelpaus.se. Allt detta är positivt och välkommet. Det är för tidigt att dra några slutsatser av den nya spellagen, men vi följer utvecklingen och tillämpningen av lagen och är beredda att lägga nya förslag om det behövs fler åtgärder.

Doping

Antidopningsarbetets huvudsyfte är att skydda de rena idrottsutövarna och säkerställa deras rätt att delta och tävla i en idrott som är fri från dopning. En avgörande faktor för att säkra ett framgångsrikt antidopningsarbete är att WADA och nationella antidopningsorganisationernas (NADO, National Anti-Doping Organizations) arbete genomsyras av transparens och organisatoriskt oberoende.

Den svenska organisationsmodellen där Svensk Antidoping organisatoriskt lyder under Riksidrottsförbundet (RF) bedöms idag uppfylla kriterierna för oberoende enligt Världsantidopningskoden och det är nog ingen i Sverige som betvivlar att antidopningsverksamheten i praktiken är oberoende och fri från påverkan av RF. Trots det går det inte att bortse ifrån att den svenska organisationsmodellen för antidopningsverksamheten, sedd med internationella ögon, fortfarande är en del av idrotten och därmed inte oberoende. Detta påverkar trovärdigheten till det svenska antidopningsarbetet. Det enda andra landet i Europa som fortfarande har sin NADO inom idrottsrörelsen är Lichtenstein.

För att Sverige ska kunna upprätthålla en internationellt ledande position inom antidopningsarbetet och för att stödja den starka rörelsen bland idrottsutövare nationellt och internationellt anser Kristdemokraterna därför att det är av yttersta vikt att skyndsamt verka för att Sveriges antidopningsorganisation blir helt fristående och organisatoriskt oberoende från RF. Detta beskriver vi närmare i kommittémotionen Förstärkt antidopningsarbete.

Missbruks- och beroendevård

Som nämnts tidigare i motionen anser Kristdemokraterna att det är nödvändigt att ansvaret för missbruks- och beroendevården överförs på hälso- och sjukvården som ensam huvudman. Det är anmärkningsvärt att S/MP-regeringen inte har tagit några initiativ för att verkställa det tillkännagivande som gavs av en enig riksdag om att se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Vi kommer driva på regeringen för att få till denna viktiga reform.

17 Folkhälsofrågor

Uppföljning av nationella mål för folkhälsopolitiken

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 ojämlikt fördelad; hos vissa grupper ökar stress, psykisk påfrestning, rökning, alkoholoriskbruk, övervikt och andra hälsoproblem. Effektiva preventiva insatser för att minska ohälsa och sjukdom är en av de mest lönsamma investeringar ett samhälle kan göra för sina medborgare. En kristdemokratisk folkhälsopolitik syftar till att stödja den enskilde att göra hälsosamma val.

Alliansregeringen gjorde satsningar på bland annat hälsocoacher och läkemedelsgenomgångar. Det finns också goda exempel på regioner 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 förebyggande 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. Sveriges övergripande mål för folkhälsopolitiken har ett tydligt fokus på jämlik hälsa. Folkhälsopolitiken ska skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Därtill finns åtta stycken delmål: 1) Det tidiga livets villkor; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomster och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; 7) Kontroll, inflytande och delaktighet; 8) En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Folkhälsomyndigheten är samordningsansvarig för folkhälsoarbetet på statlig nivå och ska bidra till samverkan av insatser för en god och jämlik hälsa samt stödja stat, regioner och kommuner i genomförandet och uppföljning av folkhälsoarbetet. För att säkerställa ett framgångsrikt och långsiktigt hållbart förebyggande folkhälsoarbete krävs det därtill en tydlig nationell strategi, riktlinjer och handlingsplan med konkreta delmål. Det är något som saknas idag och regeringen bör säkerställa att detta skapas omgående.

Många hälsoproblem beror på alkohol, tobak och övervikt. Genom tidig upptäckt och personanpassade behandlingsupplägg kan många folkhälsoproblem förebyggas. En fortsatt restriktiv alkoholpolitik och förebyggande arbete i frågor om rökning är i detta sammanhang viktigt. Likaså att införa ett nationellt kompetenscenter för preventivt arbetet inom ANDT (se avsnitt 11).

Förvaltning och implementering av framgångsrika folkhälsofrämjande projekt

Mycket av det utvecklingsarbete som i dag genomförs i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och folkhälsoförebyggande insatser sker genom utvecklingsprojekt. Det är viktigt att aktivt förvalta och implementera de projekt som har visat goda folkhälsoförebyggande effekter. Vi anser därför att det är viktigt att ta fasta på de rekommendationer som ges i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Bäddat för utveckling

för att skapa en långsiktigt hållbar utveckling av projekten. Som en del i detta arbete föreslår vi ett nationellt kompetenscentrum för ANDT, se avsnitt 11.

Nationellt vaccinationsprogram mot pneumokocker för definierade riskgrupper

Folkhälsomyndigheten har haft ett regeringsuppdrag angående riskgruppsvaccinationer och föreslog i april 2016 att vaccination mot pneumokocker ska ingå i ett nationellt särskilt vaccinationsprogram för definierade riskgrupper.

Förslaget baserades på ett kunskapsunderlag och en hälsoekonomisk analys. Ett särskilt vaccinationsprogram skulle innebära att regionerna blir skyldiga att erbjuda definierade riskgrupper kostnadsfri vaccination.

Det handlar om personer med kronisk hjärtsjukdom, diabetes mellitus, svår astma m.m. Folkhälsomyndigheten skriver: ”Samtliga riskgrupper är heterogena. För några grupper rekommenderas vaccination till alla, medan det för andra kommer att krävas en individuell bedömning om vaccination ska erbjudas. Den individuella bedömningen baseras bl.a. på grundsjukdom, om personen har en eller flera riskfaktorer, kunskap om vaccineffekt för den aktuella riskgruppen och tidpunkt i relation till eventuell operation eller behandling.” Vi kommer följa frågan och agera om det i närtid inte kommer ett förslag från regeringen.

Förstärkt reglering av kosttillskott

Under de senaste åren har bruket av kosttillskott, inklusive sport- och bantningsprodukter, medfört ett tiotal dopningsfall inom svensk idrott. Att dopningsklassade substanser förekommer i kosttillskott är bara ett exempel på olika typer av läkemedelsliknande och potentiellt hälsovådliga ämnen som kan ingå i kosttillskott. Under hösten 2010 presenterade Malmö stad rapporten ”Livsmedelskontroll av kosttillskott i hälsokostbutiker mm”. Resultatet var nedslående: 21 av de 85 granskade tillskotten var att betrakta som läkemedel och borde aldrig marknadsförts och sålts som kosttillskott.

Kosttillskott definieras som livsmedel och enligt dagens praxis är det upp till varje enskild kommun – inte Livsmedelsverket – att utöva tillsyn och besluta om ett eventuellt saluförbud mot kosttillskott. Det kan betyda att alla Sveriges kommuner måste fatta samma beslut innan en produkt helt kan stoppas. Det är en orimlig byråkrati som innebär att illegala produkter kan finnas tillgängliga i grannkommunen. Om Livsmedelsverket centralt skulle ha befogenhet att fatta beslut om saluförbud mot hälsovådliga kosttillskott när det rör sig om produkter som är nationellt tillgängliga skulle vi mycket mer effektivt kunna minska tillgången till dessa produkter. Livsmedelsverket har tidigare betonat att det bör inrättas en nationell funktion för övervakning av e-handel, med fokus på kosttillskotts försäljning^{17, 18}, men det verkar inte ha blivit verklighet. Ytterligare ett sätt att skapa en tydligare reglering av kosttillskotten vore om tillverkare och distributörer av kosttillskott hade skyldighet att anmäla sina produkter till Livsmedelsverket innan de når marknaden.

¹⁷ <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-regeringsuppdrag-e-handel.pdf>.

¹⁸ <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/om-oss/press/nyheter/slutlig-rapport-ett-nationellt-varningssystem-om-livsmedel.pdf>, sid 23.

Nationell strategi för astma och allergi

Allergi och överkänslighet är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna. Över 3 miljoner människor i Sverige lider av någon form av allergi eller överkänslighet. Förekomsten ökar stadigt och det är idag en av våra stora folksjukdomar. Genom ökad kunskap och satsning på förebyggande insatser kan man minska allergierna och därmed både patientens och samhällets kostnader. För att lyckas i större skala krävs att kunskaperna om dessa sjukdomar sprids i samhället så att det allergiförebyggande arbetet blir en integrerad del i flera verksamheter – primärvård, skola, barnomsorg, arbetet med miljön i stort och i arbetslivet, byggsektorn 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. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är välkomna, men täcker inte in allergi då de fokuserar på rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

18 Medicinsk-etiska frågor

Stärk Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

De medicinsk-etiska frågornas antal och svårighetsgrad ökar när teknikutvecklingen går framåt. Statens medicinsk-etiska råd har uppdraget att vara i framkant när det gäller etiska bedömningar. Utredningar och kommittéer är en fråga regeringen förfogar över och därför kan inte riksdagen göra någon budgetsatsning. Däremot hemställer vi att regeringen förbättrar möjligheterna för Smer och ger dem ökat anslag.

Nej till dödshjälp

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Grundregeln är att patienten har rätt att själv avgöra om den vill ha vård eller ej. Patienten måste i princip själv bestämma vilken behandling denne vill utsätta sig för.
- Om det bedöms att döden är nära förestående och att återvändo till en meningsfull tillvaro är utesluten, är det accepterat att livsuppehållande behandling inte behöves.
- 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 sig innebära patientens rätt att bli dödad, samt en rätt – eventuellt också en skyldighet – för en annan person att döda i tjänsten.

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

Värdig vård i livets slutskede

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 är i livets slutskede.

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

Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?

Den existentiella ångest som kan vara förknippad med döden kan självfallet inte sjukvården lösa. Men sjukvården kan skapa en 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. Vi anser även att det är viktigt att det i alla kommuner och regioner ska finnas tydliga överenskommelser om hur den palliativa vården ska utformas. Överenskommelserna ska även innefatta en tydlig ansvars- och uppdragsfördelning.

Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

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

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

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

Hospice – hemlik vård i livets slutskede

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

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

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

Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är ett stort problem för många par. Ungefär en tiondel av de par som önskar få barn tillsammans i Sverige är drabbade. Den livskris detta orsakar måste

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

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

Assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är för många mycket smärtsamt och då det finns medicinska orsaker är det enligt WHO prioriterat att ge stöd för att avhjälpa. Men det innebär inte att utgångspunkten kan vara att vuxna har rätt till barn. Alla barn har rätt till sina föräldrar, något som kommer till klart uttryck i barnkonventionen genom att barn i så stor mån det är möjligt har rätt att få veta vilka föräldrarna är och få omvårdnad av dessa.

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

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

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

Även för den som bortser från argumentet om att pappor är viktiga i barnens liv är det svårt att bortse från att ett barn som redan från början fräntas en förälder är mer utsatt. Och det oavsett hur bra den ensamstående 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. Kristdemokraterna anser att eventuella framtida förslag till ändringar av gällande rätt eller praxis bör präglas av försiktighetsprincipen och ta sin utgångspunkt i barnets bästa.

Mer forskning om barnen

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

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

Surrogatmödraskap

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

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

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

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

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

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

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

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

Abort

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

Mot bakgrund av människovärdesprincipen är det omöjligt för staten och lagstiftaren att ställa sig neutrala till det etiska dilemma som en abort innebär. En abort innebär att ett liv släcks. Lösningen på detta dilemma är emellertid inte förbud. Erfarenheten visar att där aborter inte är tillåtna utförs de ändå, och då med metoder som hotar kvinnors liv och hälsa. Vi försvarar aborträtten och nuvarande lagstiftning. Det är inte rimligt att någon annan än kvinnan till vecka 18 fattar det avgörande beslutet om en eventuell abort. Det offentliga ansvar är att stödja kvinnan oavsett beslut. Förutom det stöd som kan behövas i själva beslutsprocessen så har vi ett ansvar att se till att det finns sociala, praktiska och ekonomiska förutsättningar att välkomna ett barn. Föräldraförsäkringens utformning, bostadsmarknadens funktionssätt, tillgången till barnomsorg och möjligheten att fullfölja studierna för den som inte hunnit klart med sin utbildning är alla viktiga komponenter för att fler som blivit oplanerat gravida ska kunna våga ta beslutet att fullfölja graviditeten.

Kristdemokraternas etiska grundsyn och långsiktiga mål är ett samhälle där abort inte efterfrågas och där den betraktas som en nödfallsåtgärd. Med denna inställning som grund föreslås därför att fokus i det abortförebyggande arbetet ska ligga på åtgärder som 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 etiska dilemma en abort innebär är inte helt knutet till i vilken vecka aborten görs men fostrets ålder har likafullt betydelse. Dagens lagstiftning om hur sent en abort kan beviljas är inte reglerad utifrån en fast veckogräns utan styrs av huruvida fostret kan vara livsdugligt utanför livmodern. Ett foster som kan förväntas överleva får enligt lagstiftningen inte aborteras. I takt med medicinska framgångar som gör att vi kan rädda livet på allt yngre barn så närmar sig gränserna för när abort beviljas och för när barn som föds för tidigt kan räddas. Det är av yttersta vikt att de som har att tolka lagen och beviljar sena aborter är noggranna i sina bedömningar och inte beviljar aborter på foster som har möjlighet att överleva.

Socialstyrelsen får inte ge tillstånd till abort om fostret vid tillfället antas vara livsdugligt utanför livmodern. Utifrån den medicinska utvecklingen som numera innebär att barn födda i graviditetsvecka 22 har möjlighet att överleva så är den gräns

som nu tillämpas att sista dagen för abort är 21 veckor och sex dagar. Från och med vecka 22 ska ett foster enligt lag betraktas som ett barn och få tillgång till neonatal sjukvård. Lagstiftningen i sig fastslår inte ett visst antal fullgångna veckor utan utgår ifrån fostrets möjlighet att överleva utanför livmodern.

Allt större andel av aborterna genomförs allt tidigare i graviditeten, 57 procent genomfördes före vecka 7, 28 procent mellan vecka 7–9, 5 procent mellan vecka 12 och vecka 18 och 1 procent efter vecka 18. Under 2018 bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd 545 ansökningar av abort efter vecka 18. Av dessa ansågs 525 ha synnerliga skäl och ansökan om abort beviljades.

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

Om detta skulle komma att ändras måste dock även lagstiftningen ses över i syfte att upprätthålla det som är lagens mening – att aborter inte beviljas så sent i graviditeten att fostret kunnat antas ha möjlighet att överleva.

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

Etiska dilemman för personal i vården

Av Europakonventionens artikel 9 framgår följande:

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

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

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

Kristdemokratin bygger på 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.

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

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

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

Ungdomsmottagningar och preventivmedel

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

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

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

Regeringen har beslutat att preventivmedel ska vara kostnadsfritt 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. Vi anser att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att skyndsamt utreda behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år.

Fosterdiagnostik

Föräldrars längtan och önskan att deras barn ska få vara friska och att de ska få lyckliga liv är mycket stark. Men om vi tror att lycka enbart kommer med hälsa och perfektion misstar vi oss. Ingen fosterdiagnostik i världen kommer 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 ett barn på grund av dess egenskaper. Med inställningen 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, 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 motverka diskriminering.

19 Samverkan för goda resultat

Fond för idéburen vård och omsorg

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

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

Vi ser en liknande utveckling på vård- och omsorgsområdet. Huvuddelen av de nya vård- och omsorgsaktörer som tillkommer är privata företag. Bristerna i vård, skola och omsorg finns inom såväl offentligt driven som privat driven offentligfinansierad

väl-färdsverksamhet, men vinstutdelning i kombination med stora kvalitetsbrister skapar trovärdighetsproblem och ska inte förekomma.

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

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

Ofta saknas kapital utifrån som kan användas för investeringar i fastigheter, inventarier eller infrastruktur. Oavsett om det är en församling, en lokal förening eller en regional gren av en större organisation skulle de vara förtjänta av att få stöd att driva och utveckla sin verksamhet. Det offentliga måste tydligare inse det mervärde av mångfald och kvalitet som en verksamhet på en tydlig idémässig grund kan bidra med. Och denna insikt måste leda till en konkret förbättring av civilsamhällets organisationers möjligheter att bedriva välfärdsverksamhet.

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

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

Vad som framkommer när rapporter och utlåtanden studeras från såväl ideella aktörer i Sverige som Sveriges Kommuner och 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 finansiärer vilket innebär att dessa aktörer kan ha svårt att få tillgång till kapital. Traditionella finansiella institutioner har helt enkelt svårt att förstå sig på att dessa verksamheter kan drivas mycket effektivt.

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

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

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

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

Vi vill därför skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster. Vi avsätter 300 miljoner kronor för detta ändamål för 2020 och framåt. En sådan fond skulle kunna motverka bristen på tillgång till kapital för dessa aktörer. Förutom en statlig avsättning till en sådan fond så skulle privata aktörer såsom banker kunna medverka i ett sådant initiativ. Detta skulle ge bankerna en möjlighet att bidra positivt till samhällsutvecklingen 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.

Sociala utfallskontrakt

Kommuner och regioner brottas i dag med ett växande utanförskap, integrationsutmaningar och ett alltmer utmanande tryck på välfärden. Samtidigt finns det externa aktörer som vill vara med och bidra med kapital till sociala investeringar och effektiva lösningar på samhällsproblem. En variant av detta är sociala utfallskontrakt, en lösning som prövats framgångsrikt i främst Storbritannien och USA.¹⁹ I sociala utfallskontrakt investerar en extern finansiär pengar i ett offentligt socialt projekt för att uppnå definierade mål som motsvarar mänskliga och ekonomiska vinster för den offentliga

¹⁹ Nilsson, Wadeskog, Hök, Sanandaji N: Utanförskapets pris. Studentlitteratur.

parten. Denna modell för att genomföra sociala investeringar är utvecklad utifrån internationellt testade modeller för utfallsbaserad finansiering.

Ett socialt utfallskontrakt börjar med att en offentlig part (kommun och region) identifierar ett problem i samhället som de vill lösa genom att investera i det identifierade området. Förhoppningen är att detta ska leda till framtida kostnadsbesparingar för den offentliga parten. Steg två är att hitta extern finansiering för projektet, vilket görs genom att locka kapital från privata aktörer. Således står inte skattebetalarna för investeringen. Steg tre är sedan att formulera målen och vilka utfall som förväntas för att projektet ska anses som lyckat. Utifrån forskning och beprövad metodik tas ett åtgärdsprogram fram för att möta det identifierade problemet.

I det sista steget sker en utvärdering för att klargöra om projektet skapat sociala förbättringar och, i så fall, ekonomiska besparingar för den offentliga parten. Om utvärderingen kan påvisa att kostnaderna för området minskat, återbetalas delar eller hela beloppet till finansiären. Uppstår långsiktiga vinster kommer också finansiären att få avkastning i likhet med de besparingar projektet inbringat till den offentliga parten. Tidigare utfallskontrakt har exempelvis syftat till att minska risken för att barn och ungdomar ska hamna hos socialtjänsten eller i fängelse. Även folkhälsoförbättrande projekt för att minska problem med astma har genomförts.

Forskningen pekar på vikten av preventiva insatser i tidiga skeenden, eftersom det finns tydliga orsakssamband mellan problem i tidig ålder och problem senare i livet. Varje år i utanförskap kostar stora summor för de, ofta många, myndigheter som är involverade i varje människa i utanförskap. Behovet och de positiva offentligfinansiella effekterna är därför potentiellt enorma om utfallskontrakten används i tid.²⁰

Många kommuner använder sig i dag av sociala investeringsfonder för att använda riktade pengar till projekt av socialt förbättrande karaktär. Lågt räknat har var femte kommun och fyra regioner hittills infört sociala investeringsfonder som främst är avsedda för projekt inom skola, socialtjänst och arbetsmarknad – några kommuner fokuserar även på folkhälsa och kultur/fritid.²¹

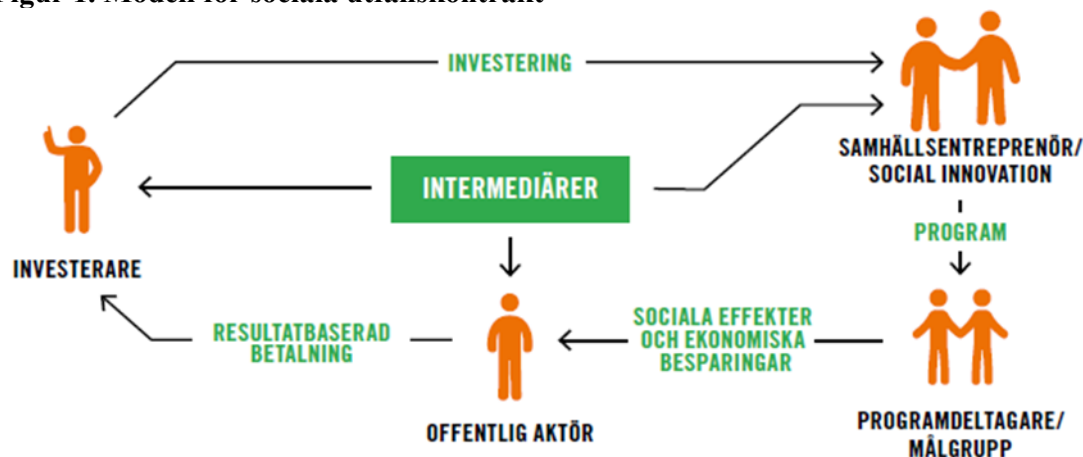
Inom ramen för denna vilja kan en lösning med sociala utfallskontrakt både komplettera och förbättra kommunens finansiering av dessa projekt. Men framväxten av sociala utfallskontrakt har varit svag. I Sverige är det hittills endast Norrköpings kommun som lanserat ett socialt utfallskontrakt med en extern finansiär.²²

²⁰ Heckman och Carneiro: Human Capital Policy, 2003.

²¹ Lars Hultkrantz: Sociala investeringsfonder i Sverige – fakta och lärdomar. SNS förlag.

²² Norrköpings kommun, Leksell Social Ventures, SKL Uppdrag Psykisk Hälsa och Health Navigator: http://www.norrkoping.se/organisation/ekonomi/social-investeringsfond/Sveriges_forsta_utfallskontrakt.pdf.

Figur 1. Modell för sociala utfallskontrakt



Källa: UK Cabinet Office, via Mötesplats Social Innovation.

Exempel Norrköping: Kommunen (offentlig aktör) vill minska risken för återplacering av HVB- och Sis-placerade barn och därtill förbättra deras skolprestation. Kommunen har i genomgripande analyser identifierat stor potential till förbättring hos målgruppen. De insatser som man tänker genomföra baseras på forskning och kunskap om målgruppen. Utifrån det har kommunen tagit fram ett åtgärds paket och parametrar har satts upp för utvärdering. Insatserna är bl.a. förstärkt arbete för god skolgång under och efter placering samt individuellt anpassat skolstöd. Den sociala investeringsfonden Leksell Social Ventures (investerare) är den externa finansiären som investerade 10 miljoner kronor i projektet. I vissa fall kan även en sammanlänkande part (intermediär) vara delaktig, genom paketering av finansiering eller som kunskapsbank och rådgivare. Om finansiären genomför insatsen enligt kontraktet betalar Norrköping tillbaka 40 procent av det investerade kapitalet. Minskar socialtjänstens kostnader för målgruppen återbetalas en summa motsvarande exakt de minskade socialtjänstkostnaderna. Sker en större kostnadsminskning än de investerade 10 miljonerna under utvärderingsperioden, får Leksell Social Ventures upp till 20 procent i avkastning som är satt som tak. Misslyckas projektet förlorar finansiären 60 procent av de investerade pengarna.²³

Utmaningarna och orsaken till den dåliga framväxten av sociala utfallskontrakt ligger dels i bristen på kunskap i användningen av sociala investeringsfonder hos de offentliga aktörerna. I en undersökning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) framgår att många kommuner efterfrågar stöd och vägledning för utformningen av denna typ av projekt. Det kommuner och regioner främst efterfrågar är kunskap kring metodik för uppföljning och utvärdering, samt metodik för vinst-förlust-kalkyler och sammanställningar av evidensbaserade program.

Problemet ligger också i att relationen mellan risk och avkastning för den externa finansiären ofta är blygsam i den här typen av sociala investeringar. Exempelvis beräknas avkastningen i exemplet med Norrköpings kommun att bli mellan 5 och 8 procent för den externa finansiären, förutsatt att effekterna blir likt beräknat. Samtidigt är förlusten ofta mellan -60 och -100 procent. För att öka förekomsten av sociala utfallskontrakt behövs därför satsningar för att lösa både kunskapsbrist och den bristfälliga viljan att investera. Kristdemokraterna anser därför att det borde tas fram en nationell strategi för att möta behoven och underlätta framväxten av sociala

²³ Ibid.

utfallskontrakt samt att det borde införas en nationell fond för att höja attraktionen att investera.

Kristdemokraterna föreslår:

Inrätta en facilitatorsfunktion för sociala utfallskontrakt hos Ekonomistyrningsverket (ESV):

- Funktionen ska tillgodose allmänna riktlinjer, beräknade kostnader för olika sociala problem och insatser, i syfte att underlätta beräkningar av kostnader för offentliga parter.
- Organisera metodstöd för offentliga aktörer, exempelvis utvärderingar och effektmätningar av sociala utfallskontrakt.
- Agera katalysator mellan den offentliga parten och finansiärerna i syfte att tillhandahålla kunskap och kompetens ur ett investerarperspektiv.

2. Upprätta en nationell fond för investeringsgarantier:

- I syfte att sänka trösklarna för en investering i sociala utfallskontrakt upprättas en nationell fond som täcker finansiärens investeringsrisk med 50 procent, vilket innebär att staten garanterar en återbetalning om halva investeringssumman till den externa finansiären vid färdigställt socialt utfallskontrakt.
- Medel för detta avsätts inom utgiftsområde 16.
- Den offentliga parten står som sökare av fondens medel och betalar sedan ut pengarna till finansiären.
- Vi vill också pröva möjligheten att statligt riskkapital i viss omfattning ska kunna göra sociala investeringar, exempelvis via fond-i-fond-lösningar.

Ebba Busch Thor (KD)

Acko Ankarberg Johansson (KD)

Andreas Carlson (KD)

Mikael Oscarsson (KD)

Camilla Brodin (KD)

Jakob Forssmed (KD)