

Motion till riksdagen 2018/19:2989

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

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Förslag till riksdagsbeslut	4
Anslagsförslag 2019 för utgiftsområde 9	11
1 Sjukvårdsreformer för en mer jämlik vård	13
1.1 Statligt ansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård efter behov	14
1.2 Förbättringar på kort sikt	16
1.3 Primärvårdsreform	17
1.4 En vassare vårdgaranti – hela vårdkedjan ska omfattas	23
1.5 Återinför en reformerad och utökad kömiljard	24
1.6 Vårdplatsgaranti inom sjukhusvården	25
1.7 Fortsatt satsning på regionala cancercentrum (RCC)	25
1.8 Nationell strategi för jämlik sjukvård	26
1.9 Kortare köer till akuten	26
1.10 Stöd för att stärka bemanningen inom sjukvården i gles- och landsbygd	27
1.11 Löneförstärkning för sjukvårdspersonal under sommarmånaderna	28
1.12 Digitalisering inom hälso- och sjukvården	28
1.13 Ökad delaktighet – certifierade patienter	29
1.14 Bättre förutsättningar för vårdpersonal	30
1.15 Minska sjukvårdspersonalens administrationsbörda	31
1.16 Vårdserviceteam inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen	33
1.17 Fler utbildningsplatser för vårdpersonal	33
1.18 Tryggare förlossningsvård och BB	34
1.19 Missbruks- och beroendevård	36

1.20	Mer valfrihet och makt till den enskilde.....	38
1.21	Vårdval även inom öppenvården	41
1.22	Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare	42
2	Välbefinnande och värdighet för äldre i vård och omsorg	43
2.1	En värdighetsgaranti i varje kommun.....	44
2.2	Äldreboendegaranti och äldreboendemiljard.....	44
2.3	Förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten	45
2.4	Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen	46
2.5	Ett nationellt måltidslyft inom äldreomsorgen	46
2.6	Geriatriska centrum i tre regioner.....	47
2.7	Satsning på de mest sjuka äldre	47
2.8	Vård av och omsorg om demenssjuka – en ödesfråga.....	48
2.9	Åtgärder för att främja hälsan och bryta ensamhet hos äldre	48
3	Krafttag mot psykisk ohälsa hos barn och unga.....	50
3.1	Satsning på första linjens vård för barn och ungdomar	51
3.2	En samlad barn- och ungdomshälsa och elevhälsogaranti	51
3.3	Korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP).....	52
3.4	En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri	52
3.5	Förstärkt arbete med självmordsprevention.....	53
4	En värdig och medmänsklig funktionshinderspolitik.....	54
4.1	Återupprätta LSS	54
4.2	Förbättrad samordning och kunskap kring regelverk för föräldrar till barn med funktionsnedsättning.....	59
4.3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	60
5	Social omsorg och socialtjänstfrågor.....	61
5.1	Stärk socialsekreterarens kompetens och ansvar	61
5.2	En nationell krissocialjour	62
5.3	Lämpligt boende för ensamkommande och fler familjehem.....	62
5.4	Barn som inte längre kan bo hemma	63
5.5	Barn som har utsatts för brott	67
5.6	Barn i ekonomisk utsatthet	68
5.7	Familjerättsliga frågor	68
5.8	Barnkonventionen som svensk lag	70
6	Föräldrastöd.....	70
7	Anhörigvård.....	73
8	Hemlöshet.....	75
11	Tandvård för alla	75
10	Apotek och läkemedel	76

12 Möjliggörande av fler organdonationer.....	79
9 Alkohol, tobak och narkotika	79
14 Folkhälsofrågor.....	85
13 Medicinsk-etiska frågor.....	86
15 Samverkan för goda resultat.....	98
16 Flera missriktade satsningar från regeringen.....	102

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten behöver ta över ansvaret för sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om likvärdig tillgång till läkemedel och den nationella läkemedelslistan och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om finansiell förstärkning av primärvården så att den blir en reell bas i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad nationell samordning och definition av åtagande inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utökad tillgänglighet inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
6. 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.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) – en fast läkarkontakt – och tillkännager detta för regeringen.
8. 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.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om 1177 och förstärkt triagering och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt och intensifierad alkoholberoende- och missbruksvård inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillgänglighet av medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) i varje kommun och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla och skärpa vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra en reformerad kömiljard och tillkännager detta för regeringen.
14. 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.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regionala cancercentrum (RCC) och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för jämlik sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att korta köerna till akuten 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 löneförstärkning för sjukvårdspersonal under sommarmånaderna och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en nationell standard för journalsystem och plattform för kvalitetsregister 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 en parlamentarisk utredning angående hantering av integritetskänsliga data inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att certifiera patienter för en ökad delaktighet och patientcentrering och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö och minskad administration för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av vårdserviceteam i sjukvården och äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för vårddycken och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skapa en tryggare förlossnings- och BB-vård och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att hälso- och sjukvården ska ha ansvaret för beroendevården och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer som lider av svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
30. 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.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av generell tillståndsplikt och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en rimlig kostnad för tillståndsprövning hos IVO och tillkännager detta för regeringen.
33. 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 detta tillkännager riksdagen för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla kommuner ska införa en värdighetsgaranti inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en äldreboendegaranti och tillkännager detta för regeringen.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra Omvårdnadslyftet och ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
41. 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.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa geriatriska centrum och en nationell demensplan och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om de mest sjuka äldre och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheten att anställa läkare inom den kommunala hemsjukvården och tillkännager detta för regeringen.
45. 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.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om äldresamtal och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om första linjens vård för barn och ungdomar och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förstärkt elevhälsa och elevhälsogaranti och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förkorta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och tillkännager detta för regeringen.
51. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en förbättrad övergång från BUP till vuxenpsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om handlingsplaner för självmordsprevention och tillkännager detta för regeringen.
53. 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.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utvärdera ett skolbaserat självmordspreventivt arbete och tillkännager detta för regeringen.
55. 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.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skyndsamt säkerställa att andning och hela insatsen för sondmatning ska anses vara grundläggande och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barn under 16 år och att personer med behov av stöd utifrån det femte grundläggande behovet ska ha fortsatt rätt till assistansersättningen och tillkännager detta för regeringen.

58. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja schablonbeloppet i assistansersättningen med 2,2 procent och tillkännager detta för regeringen.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en översyn av samhällsekonomiska konsekvenser av beviljande eller nekande av insatser inom LSS och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa statligt huvudmannskap för assistansersättningen och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av samverkan mellan relevanta myndigheter för att förhindra och upptäcka brottslighet kopplad till välfärdssystemen och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda förutsättningarna för att inkludera utövande av föräldraskap och arbete i de grundläggande behoven och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att följa utvärderingen av bilstödet och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka socialsekreterarens kompetens och ansvar och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om inrättande av en nationell krissocialjour och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrade förutsättningar för familjehem och stödboenden och tillkännager detta för regeringen.
67. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rekrytering av familjehem och gode män och tillkännager detta för regeringen.
68. 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.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra förlängd familjehemsplacering vid gymnasiestudier och tillkännager detta för regeringen.
70. 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.
71. 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.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa kompetens och användandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inom Statens institutionsstyrelse (Sis) och tillkännager detta för regeringen.
73. 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.
74. 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.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga vårdnadsöverflyttning eller adoption när placering har pågått en viss tid och tillkännager detta för regeringen.

76. 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.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att barnahus ska finnas tillgängliga över hela landet och tillkännager detta 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 tillkännager detta 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 återinföra fritidspengen 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 tillkännager detta 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 tillämpningen av barnkonventionen som svensk lag och tillkännager detta för regeringen.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till tjänstledighet vid anhörigomsorg och tillkännager detta för regeringen.
89. 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.
90. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Bostad först och tillkännager detta för regeringen.
91. 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.
92. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om avgiftsfri tandvård upp till 22 år och tillkännager detta för regeringen.
93. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka apotekens roll i hälso- och sjukvårdskedjan och tillkännager detta för regeringen.

94. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett farmaceutsortiment och farmaceutföreskrivning och tillkännager detta för regeringen.
95. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att följa upp införande av returrätt av kylvaror och tillkännager detta för regeringen.
96. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om organdonation och tillkännager detta för regeringen.
97. 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.
98. 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.
99. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna bör ha utökad rätt att besluta om lokala ordningsföreskrifter som möjliggör rökförbud och tillkännager detta för regeringen.
100. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett exponeringsförbud för röktobak och tillkännager detta för regeringen.
101. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett narkotikafritt samhälle och tillkännager detta för regeringen.
102. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om motstånd mot legalisering av cannabis och tillkännager detta för regeringen.
103. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utbyggnad av sprututbytesprogrammet och att tillse bred tillgänglighet av naloxon och tillkännager detta för regeringen.
104. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa förvaltning och implementering av framgångsrika folkhälsofrämjande projekt och tillkännager detta för regeringen.
105. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
106. 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.
107. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
108. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om assisterad befruktning och tillkännager detta för regeringen.
109. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att när det är aktuellt att samtidigt använda donerade ägg och spermier i första hand använda redan befruktade livsdugliga ägg och tillkännager detta för regeringen.
110. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om donerade könsceller och befruktade ägg och tillkännager detta för regeringen.
111. 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.
112. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om surrogatmödraskap och tillkännager detta för regeringen.

113. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
114. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa upprätthållandet av gränsen för sena aborter och tillkännager detta för regeringen.
115. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samvetsfrihet och tillkännager detta för regeringen.
116. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ungdomsmottagningarna bör bli delaktiga i skolans sexualundervisning och tillkännager detta för regeringen.
117. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa subventionerade preventivmedel för personer upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.
118. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
119. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa sociala utfallskontrakt och tillkännager detta för regeringen.
120. Riksdagen anvisar anslagen för 2019 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt förslaget i tabell 1 i motionen.

Anslagsförslag 2019 för utgiftsområde 9

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Tabell 1 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2019 (tusental kronor)

Tusental kronor

Ramanslag	Regeringens förslag	Avvikelse från regeringen (KD)
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	35 831	
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	83 526	
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	144 660	+112 590
1:4 Tandvårdsförmåner	6 771 752	
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	27 789 000	-400 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	6 959 286	-4 198 000
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	476 068	
1:8 Bidrag till psykiatri	1 702 993	+650 000
1:9 Läkemedelsverket	136 845	
1:10 E-hälsomyndigheten	147 584	
2:1 Folkhälsomyndigheten	389 209	
2:2 Insatser för vaccinberedskap	88 500	
2:3 Bidrag till WHO	38 665	
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502	
3:1 Myndigheten för delaktighet	59 951	
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742	
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	24 737	
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	767 514	
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	263 395	
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	24 486 588	+1 650 000
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 517 490	+3 725 000
4:6 Statens institutionsstyrelse	1 132 192	+10 000
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	1 505 951	-294 000
5:1 Barnombudsmannen	25 851	
5:2 Barnets rättigheter	22 261	
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	195 629	
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	35 918	
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	601 503	+30 000
8:1 Socialstyrelsen	669 451	+40 000
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	785 591	
<i>Nya anslag</i>		
8:3 Fond för idéburen vård		+150 000
8:5 Förstärkt primärvård		+1 500 000
8:6 Personalgaranti i hemtjänsten		+800 000
8:7 Fler vårdplatser sjukhusvård		+1 000 000
8:8 Återinförd kömiljard		+3 000 000
8:9 Vårdserviceteam		+600 000
Förlossningssatsningar		+1 400 000
Fritidspeng		+100 000
Summa	78 122 185	+9 875 590

Tabell 2 Kristdemokraternas förslag till anslag för 2019 till 2021 uttryckt som differens gentemot regeringens förslag (miljoner kronor)

Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg				
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys			
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering			
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	+113	+112	+112
1:4	Tandvårdsförmåner			
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	-400	-400	-400
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	-4 198	-1 098	-761
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden			
1:8	Bidrag till psykiatri	+650	+675	+475
1:9	Läkemedelsverket			
1:10	E-hälsomyndigheten			
2:1	Folkhälsomyndigheten			
2:2	Insatser för vaccinberedskap			
2:3	Bidrag till WHO			
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar			
3:1	Myndigheten för delaktighet			
3:2	Bidrag till funktionshindersorganisationer			
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd			
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet			
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning			
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	+1 650	+2 130	+2 720
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	+3 725	+3 135	+3 135
4:6	Statens institutionsstyrelse	+10	+10	+10
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	-294	-44	-44
5:1	Barnombudsmannen			
5:2	Barnets rättigheter			
6:1	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel			
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning			
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	+30	+60	+60
8:1	Socialstyrelsen	+40	+40	+40
8:2	Inspektionen för vård och omsorg			
	<i>Nya anslag</i>			
8:3	Fond för idéburen vård	+150		
8:5	Förstärkt primärvård	+1 500	+3 000	+5 000
8:6	Personalgaranti i hemtjänsten	+800	+800	+800
8:7	Fler vårdplatser sjukhusvård	+1 000	+1 000	+1 000
8:8	Återinförd kömiljard	+3 000	+3 000	+3 000
8:9	Vårdserviceteam	+600	+600	+600
	Förlossningssatsningar	+1 400	+1 000	+1 000
	Fritidspeng	+100	+100	+100
	Summa	+9 876	+14 120	+16 847

1 Sjukvårdsreformer för en mer jämlik vård

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

I regeringsställning prioriterade vi insatser för de mest utsatta patienterna genom stora satsningar på psykiatrin, cancervården och vården av kroniskt sjuka. Genom vårdgarantin och kömiljarden bidrog vi till kortare värdköer och tillgången till vård förbättrades. Vi kunde då se en kraftig ökning av antalet vårdcentraler och generösare öppettider. Kvaliteten i sjukvården stärktes över tid och patienterna uppgav att de var mer nöjda med vården. Alliansregeringen satsade mer resurser än vad som någonsin tidigare satsats på vården. Det ledde till fler aktiva läkare och sjuksköterskor än någonsin, och att Sverige utbildade fler än någonsin tidigare. Vi satsade i slutet på våra regeringsår dubbelt så mycket på tandvården som innan vi tillträdde 2006. Antalet apotek ökade med 40 procent och deras öppettider utökades kraftigt. Receptfria läkemedel går numera att köpa i vanliga affärer. Vi har tagit viktiga steg mot en bättre, mer tillgänglig och jämlik vård. Sverige är idag enligt flera mått ett av världens bästa länder på sjukvård.

Utvecklingen de senaste åren visar dock 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.

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

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Personcentrerad vård är därför nödvändig och hela hälso- och sjukvården behöver finna sätt att arbeta som ger en personcentrerad vård. Såväl enskilda patienter som patientorganisationer kan bidra till att vi hittar de bästa metoderna för personcentrerad vård. Därför behöver det fortsatta arbetet med personcentrerad vård påtagligt inkludera patienter. Rätten att bestämma över sin vardag upphör inte vid en viss ålder. En äldre person har, precis som yngre, individuella behov som inte kan tillgodoses i en mall. Mycket har gjorts de senaste åren för att utforma vården och omsorgen utifrån den enskilda människans behov. Men mer behöver göras för att utveckla den gemensamt finansierade äldreomsorgen. Utökat självbestämmande när det gäller såväl boende som hemsänd mat och färdtjänst är viktiga delar när det gäller att utveckla äldreomsorgen framöver.

1.1 Statligt ansvar för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård efter behov

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. Vårdköerna växer och allmänhetens förtroende sjunker. Detta trots att antalet läkare har ökat med över 60 procent sedan 1995 och antalet sjuksköterskor har ökat med mer än 20 procent. Det satsas dessutom mer pengar än någonsin tidigare inom hälso- och sjukvården – oavsett hur vi räknar.

Den moderna sjukvården är enormt kunskapsintensiv och komplex. Det ställs höga krav på utbildning och fortbildning. 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 vården 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, fler hyrläkare 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 alltför ofta inte får ta del av den bästa vården.

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. Kristdemokraterna anser att en huvudmannaskapsreform – som ökar den statliga styrningen – behöver initieras.

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 sjukvård med bristande kompetensförsörjning, ojämlikhet och ekonomiska underskott. Styrningen behöver bli enklare och bättre omgående.

”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 ett landsting räkna med en viss tillgänglighet och vissa behandlingsresultat, medan en annan patient i ett annat landsting 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 fortfarande presterar en hel del goda resultat. Men ojämlikheter kvarstår alltfjämt mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän. Ibland kan skillnaderna i utfall till och med vara stora inom ett och samma landsting. 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 och regioner.

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 alltfjämt inom läkarkåren, och sjukvården blir alltmer högteknologisk. Den vetenskapliga litteraturlagret PubMed innehåller i dag över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur. Varje minut tillkommer två 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.

Många landstingspolitiker har en mycket svår – för att inte säga omöjlig uppgift – när det kommer till att förbättra sjukvården. De är satta under en stark ekonomisk press, utan fullgoda möjligheter att följa upp och analysera sin verksamhet på djupet. Många små landsting – med några hundra tusen invånare – är för små för att uppbåda den särskilda styrning som behövs.

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, landsting och regioner. Den lagstadgade vårdgarantin och den nya patientlagen (2015) har visserligen inneburit större möjligheter för patienterna att kräva sin rätt. Men landstingen 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 fast politisk styrning som ser till att resurserna hamnar rätt och att kunskap om nya behandlingsmetoder implementeras i hela landet.

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.

1.2 Förbättringar på kort sikt

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

Genom att stärka patientens ställning stärks incitamenten för en jämlik vård. Vi anser exempelvis att patienter ska ha 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.

Vi vill verka för att landstingen moderniserar vårdens ersättningssystem. Det handlar bland annat om att hitta ersättningsmodeller som premierar helhetskvalitet när det gäller både medicinskt resultat och patientupplevelse.

I stället för att varje landsting på egen hand försöker utforma sina ersättningssystem bör de samarbeta för att gemensamt utforma system som bygger på bästa tillgängliga kunskaper. Inte minst inom digitala vårdtjänster. Dessa ska styra mot en jämlik vård av hög kvalitet med effektiv användning av vårdens resurser. Viktigt är också att de mänskliga vinsterna av en behandling är kopplade till att behandlingen finansieras. 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 landstingens uppdrag och övergå till ett statligt huvudansvar för sjukvården. För patienternas skull kan vi dock inte vänta. Vi behöver ta reella beslut för en mer jämlik vård. Ett steg i detta är ett ökat statligt ansvar för mer jämlik tillgång till läkemedel.

Efter Alliansregeringens initiativ 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.

Den nuvarande strategin sträcker sig över åren 2016–2018, den handlingsplan som finns revideras därutöver årligen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och

regeringen, tillsammans med de viktigaste aktörerna på läkemedelsområdet fortsätter därmed det arbete som påbörjades under kristdemokratisk ledning för att nå en säker, effektiv och jämlik läkemedelsanvändning. Återkommande rapporteras om de utmaningar vi står inför med ökning av läkemedelskostnader. I kostnadsutvecklingen brukar inte minst kostnader för sär läkemedel lyftas fram. Nyligen godkändes även den första genterapi-behandlingen i USA vilket är ett medicinskt genombrott. Dessa läkemedel och behandlingar har mycket höga kostnader för behandling av en enskild patient men där alternativen många gånger är avsevärt sämre utifrån resultat vad gäller livskvalité eller där inga alternativ finns. Etiska avvägningar avseende kostnaderna för samhället i förhållande till patientnytta behöver göras. Kristdemokraterna anser att det bör utformas en nationell rekommendation baserad på etiska avvägningar för att vägleda huvudmännen under deras prioriteringsarbete angående relationen mellan kostnaden för t.ex. sär läkemedel och patientnyttan kopplad till behandlingen.

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 (augusti 2017) visar att kostnadsökningen är ca 5 procent jämfört med 2016. I september 2017 infördes även läkemedel för behandling av vuxna med kronisk infektion med hepatit C-virus (HCV) i förmånen vilket förväntas höja 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. Även att flera cancerläkemedel som tidigare hanterats utanför förmånen nu förskrivs inom förmånen är en delförklaring. Det är dock fortsatt så att läkemedelskostnadernas andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat och att den ökning vi ser är i lägre takt än vad som gäller för sjukvårdskostnader i övrigt.

Det fortsatta arbetet med framtagande av en nationell läkemedelslista är ett mycket viktigt led för att uppnå bättre säkerhet och trygghet i läkemedelshanteringen för patienten. Genom en nationell läkemedelslista kan den som ordinerar läkemedel, samt vissa andra yrkesutövare som deltar i patientens vård, få direktåtkomst till fullständiga uppgifter om patientens ordinerade och uthämtade läkemedel. Det ger ökad patientsäkerhet. Det är viktigt att bygga vidare på arbetet inom den nationella läkemedelsstrategin för ordnat nationellt införande av nya läkemedel. Genom införande av nationell läkemedelslista, ett ökat statligt ansvar, ökad statlig finansiering och genom att dra nytta av det arbete som gjorts inom läkemedelsstrategin ges förutsättningar att ge fler tillgång till de bästa och mest verkningsfulla läkemedlen. Samtidigt kan den nationella läkemedelslistan förbättra förutsättningarna för att minska överförskrivning. Förskrivning av preparat som det redan idag finns tydliga rekommendationer för att de inte ska användas bör också upphöra.

1.3 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.

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.

Vårdvalsreformen, som infördes 2009, har inneburit större valfrihet och bättre tillgänglighet. Men primärvårdens övergripande struktur och omfattning kvarstår. Antalet specialistkompetenta allmänläkare utgör fortfarande inte mer än drygt 20 procent av det totala antalet läkare med specialistutbildning.

I mars 2017 beslutade regeringen att tillsätta utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Direktiven är i flera avseenden en saklig och korrekt genomgång av primärvårdens problem. Men utredaren får endast stödja landstingens arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå. Utredningens förslag får inte enligt direktiven leda till att staten tar över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har. Vi ser att detta direktiv helt saknar en grundläggande analys runt varför alla andra tidigare försök att förbättra primärvården i form av utredningar och propositioner har misslyckats. Sverige har prövat samverkan, dialog, överenskommelser och ramlagstiftning – och resultaten leder fram till en slutsats: det behövs en tydligare styrning från statens sida.

Ovan nämnda utredning avlämnade i somras ett delbetänkande (SOU 2018:39). Utredningen lämnar flera goda förslag, som exempelvis förtydligande i lag av fast läkarkontakt, men det kan också konstateras att utredningen – mot bakgrund av direktiven – inte föreslår några nya skyldigheter för kommun, landsting/region. Den föreslår endast ”förtydligar vad som redan i dag får anses ankomma på huvudmännen i syfte att nå en mer enhetlig och jämlik primärvård i hela landet”. Med det kan konstateras att styrningen är för svag, alternativt att intentionerna saknas.

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 som vill verka i primärvården
3. en tydlig och stegvis resursöverföring från sjukhusvården till primärvården.

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.

I den planering som läggs fast måste utvecklingen följas och utvärderas. Medel ska tillföras landstingens 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 statliga krav och beslut.

Medel och resurser bör trappas upp stegvis tills att primärvården håller en godtagbar nivå i enlighet med åtagandet. Ytterst bör regering och riksdag överväga och kommunicera en ambition om att rikta delar av de generella statsbidragen till landstingens vårdvalssystem för finansieringen av uppbyggnaden av primärvården.

Det får dock inte bli frågan om detaljstyrda statsbidrag av den typ som präglar den nuvarande regeringens sjukvårdspolitik. Målet är att åstadkomma den nödvändiga resursöverföringen från sjukhusvård till primärvård. Det vore en mycket skarp, men nödvändig, signal till sjukvårdens huvudmän att påbörja och inleda omställningen av primärvården. Nedan presenteras förslag som vi kristdemokrater anser vara nödvändiga för att stärka primärvården.

Definiera ett nationellt och preciserat åtagande för primärvården

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 landstingen 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 vårddygn 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 multisykta 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 allmänläkare 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, kuratorer och psykologer – kan ersätta allt fler läkarbesök. Slutligen krävs ett ordnat och effektivt utnyttjande av digitala besök i primärvården, som i praktiken kan innebära en betydande avlastning när det gäller vanliga läkarbesök.

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 ersättningsystem 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 så som helg- och kvällsöppet 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.

Återinför patientansvarig läkare – en fast läkarkontakt – och inför möjligheten att sätta tak för antalet listade patienter per läkare och vårdcentral

Vårdanalys visar att endast mellan 35 och 67 procent av patienterna (beroende på landsting) 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.

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.

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 vårdcentralnivå. 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 flera landsting och regioner har frågan om listningstak på enskilda vårdcentraler blivit aktuell 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. Landstingen 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 enskilda läkare får en orimlig arbetssituation – är förstås att samtliga patienter på överbelastade vårdcentraler drabbas. Ytterst kan situationen leda till att enskilda

vårdcentraler tvingas lägga ned, vilket vore en mycket olycklig utveckling. Möjligheten att sätta tak för antalet patienter måste också kunna sättas på läkarnivå.

Utveckla 1177 och förstärk ingångarna till vården genom triagering

Primärvårdens relativa underdimensionering och bristande tillgänglighet leder till att allt för många patienter med lättare åkommor hamnar på sjukhusens akutmottagningar. 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 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 landsting 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 avser att 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. Vi anser även att apoteken och dess kompetenta personal kan bidra i det förebyggande arbetet för hälsan genom att förstärka dess roll i vårdkedjan.

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

kristdemokraterna också vill se ett utökat skatteavdrag för mer friskvård. 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 missbruks- och 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 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.

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 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.

¹ Missbruksutredningen SOU 2011:35.

Rehabilitering

Effekterna av en sjukdom eller skada kan många gånger begränsas om rehabilitering påbörjas snabbt och intensivt. Tyvärr ser vi brister i detta för flera patientgrupper. Alltifrån patienten med cancersjukdom som sällan får rehabiliteringsinsatser till patienten med en fraktur i handleden. Teambaserade rehabiliteringsinsatser som sker strukturerat kan påtagligt medverka till välbefinnande för många patienter. Rehabiliterande insatser kan också verka hälsofrämjande och verka förebyggande. Såväl landsting 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.

Genomförande av primärvårdsreform

Vår bedömning är att primärvårdens reformering inte uteslutande kan vara en fråga om handlingsplaner, lagstiftning och regeringsuppdrag. Det krävs en omfattande och statlig satsning som understöder ett nytt nationellt grunduppdrag för primärvården. Medlen fördelas på nedanstående ändamål, och enligt följande planering för åren 2019–2021:

2019 – Under 2019 påbörjas en satsning för att understödja ett nytt och förtydligat primärvårdsuppdrag. Medel utbetalas till landsting och regioner som uppfyller vissa kriterier avseende jour- och helgöppet i primärvården, efter överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). God kontinuitet (fast läkarkontakt) samt god tillgänglighet ska premieras, även digitala lösningar kan ingå, när det är relevant för patienter.

2020 – Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården införs senast 1 juli 2020. Inför 2020 (hösten 2019) sluts en ny överenskommelse rörande tillgänglighet i primärvård, med innehåll som ligger i linje med den kommande lagen. Landsting som uppfyller kriterierna får del av stimulansmedel. Effekterna avseende minskat tryck på akutmottagningar mäts och belönas. Fast läkarkontakt är en viktig del i genomförandet.

2021 – Under det tredje året utökas den statliga satsningen, och sammanlagt tre miljarder kronor avsätts. Medlen utgörs av stimulansbidrag som delas ut till de landsting som uppfyller kriterier kopplade till den nya lagstiftningen där rätt till fast läkarkontakt är en bärande del. Målet för satsningen är att alla landsting och regioner ska möta kraven i det nya primärvårdsuppdraget. En kvalitetsmässigt fullgod utveckling kommer inte att kunna uppnås fram till och med 2021. Satsningen kan dock successivt trappas ner efter 2021. Åren därefter kommer dock att kräva ett tydligt och långsiktigt statligt engagemang.

1.4 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, distriktssköterska, 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.

1.5 Återinför en reformerad och utökad kömiljard

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

Under alliansregeringen genomförde vi 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 socialdemokratiskt ledda regeringen kömiljarden 2015. Sedan dess har köerna ökat och uppfyllelsen av vårdgarantin har försämrats. Det finns stora skillnader i väntetider mellan olika verksamheter – både inom och mellan landsting och vårdområden. Dessutom framkommer det i en utvärdering från Vårdanalys att vårdgarantin inte riktigt når patienter med svårare och flera sjukdomar.

De negativa effekterna av den slopade kömiljarden är påtagliga inom exempelvis specialistsjukvården. I skrivande stund (den 26 november 2018) har 38 797 patienter efter beslut om behandling väntat mer än vårdgarantins 90 dagar på operation. Vidare väntar 54 618 patienter på besök hos specialist och de har väntat mer än vårdgarantins lagkrav om max 90 dagar. Sammantaget har mer än 93 000 patienter väntat olagligt länge på operation eller besök hos specialist. Vänsterregeringen ersatte kömiljarden med en så kallad professionsmiljard. En ersättning som tilldelas landstingen helt utan krav på motprestation, uppföljning eller utvärdering. Det är inte en ansvarsfull hantering av våra gemensamma resurser och det är de sjuka och medarbetarna som får betala priset när köerna växer. Risken för att hälsotillståndet ska försämrans under den långa väntetiden är en reell patientsäkerhetsrisk. Den oro som patienter och deras anhöriga upplever under väntan är ovärdig.

För att återigen korta köerna och öka tillgängligheten föreslår vi att ett prestationsbaserat statsbidrag, likt kömiljarden återinförs. Den reformerade kömiljarden ska innehålla fler moment än tidigare i syfte att bättre fånga hela vårdprocessen för patienten. Ett ersättningsystem föreslås som ger landstingen förutsättningar och drivkraft att arbeta kontinuerligt, strategiskt och metodiskt för att korta vårdköerna och

stärka vårdgarantin. Utvärdering bör ske regelbundet. Vi avsätter 3 miljarder kronor årligen 2019–2021 för detta ändamål.

1.6 Vårdplatsgaranti inom sjukhusvården

Antalet vårdplatser har minskat varje år sedan lång tid tillbaka. Dels beror minskningen på att vårdarbetet förändrats i riktning mot mer dagkirurgi och behandlingar som inte kräver inläggning. Detta är i sig oftast positivt. Men förändringen beror också på att landstingen minskat antalet vårdplatser av personal- och resursskäl. Detta har lett till bristande tillgänglighet, längre köer och att äldre och kroniskt sjuka fått stå tillbaka.

En rapport från Socialstyrelsen 2017 anger följande: ”Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Dessa problem verkar också ha tilltagit under mätperioden. Det finns ett tydligt mönster som visar att problemen är störst under januari samt juni–augusti samt att topparna är högre i slutet av mätperioden än i början med exempelvis en tydlig skillnad mellan 2013 och motsvarande månader 2016.”

Det är dags att göra en rejäl satsning på fler vårdplatser så att det nya välfärdslofte som Kristdemokraterna vill se kan förverkligas. Hög genomsnittlig beläggningsgrad leder till överbeläggningar eller att patienter vårdas på fel avdelning med de medicinska risker detta innebär. Målet måste vara att alla patienter som behöver läggas in får plats på vårdavdelning med rätt medicinsk kompetens. För att det ska vara möjligt att uppnå detta behövs fungerande vårdkedjor och på många platser även en utbyggnad av antalet vårdplatser så att det finns tillräckligt med luft i systemet för att klara belastningstoppar.

Vi föreslår att landstingen får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 90 procents beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje landsting på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Det innebär att sjukhusen kan ha full beläggning (100 procent) eller mer enstaka dagar men inte under någon längre period för att klara ett genomsnitt varje månad om 90 procent.

Vi tror att prestationsbaserade ersättningar är bästa metoden för att uppnå resultat. Modellen styr inte hur man uppnår det. Landsting/sjukhus kan agera efter sina förutsättningar och samverkan mellan kommun och landsting är nödvändigt för att uppnå ett gott resultat. Den totala ersättning vi föreslår är 1 miljard kronor årligen 2019–2021 i syfte att få till stånd tillräckligt antal vårdplatser.

1.7 Fortsatt satsning på regionala cancercentrum (RCC)

Under kristdemokratisk ledning tog den förra alliansregeringen beslut om att etablera sex regionala cancercentrum (RCC). Målen med etableringen var att

- minska risken för insjuknande i cancer
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos
- minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering att etableringen av RCC har varit framgångsrik, men att det finns fortsatta utmaningar för RCC och för cancervården. Bland annat noterar Socialstyrelsen att engagemanget i utvecklingen av RCC är lägre hos vissa landstings-, sjukhus- och klinikledningar. I utvärderingen lyfts även fram att det finns fortsatta utmaningar gällande nivåstrukturering och förebyggande insatser. I rapporten framförs även oro för RCC:s framtid eftersom det en tid varit oklart gällande finansieringen åren efter 2018. Vidare visar jämförelser från "RCC i samverkan" 2016 alltså på stora och oförsvarliga regionala skillnader när det gäller till exempel tillgänglighet. Allt fler insjuknar i och lever med cancer. Även om arbetet med RCC hittills varit framgångsrikt finns fortsatta utmaningar som kräver fortsatta insatser. Väntetiderna varierar kraftigt beroende på bostadsort. Exempelvis diagnostiseras ca 4 100 personer med lungcancer varje år. Den maximala väntetiden från remissdatum till start av kirurgi eller strålbehandling rekommenderas vara 44 dagar. Ett fåtal landsting klarar att leva upp till rekommendationen. På liknande sätt är det flertalet cancerdiagnoser. Inom RCC i samverkan pågår ett arbete med att förkorta väntetiden till behandling genom införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Dessa nationella insatser som syftar till att korta kötiderna är livsviktigt då de långa väntetiderna riskerar att leda till mer avancerade tumörer. Med anledning av att SVF varit framgångsrika för att förbättra vården för cancerpatienter vill vi utöka RCC:s uppdrag och upprätta SVF även inom vissa sjukdomsgrupper utanför cancerområdet (se avsnitt 1.8). Kristdemokraterna vill säkra finansieringen av RCC och avsätter därför i vårt budgetalternativ 500 miljoner kronor varje år, vilket innebär 500 miljoner kronor mer i övergångsbudgeten för 2020 respektive 2021.

1.8 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 resultatriktat med patienten i centrum och vårdprocesserna ska förbättras och effektiviseras i enlighet med SVF. Staten måste vara delaktig i utvecklingsarbetet, liksom professionen och patienterna. Kristdemokraternas långsiktiga ambition är att avsätta 100 miljoner kronor per år och per sjukdomsgrupp när strategin inom dessa områden är fullt utbyggd. För att fasa in strategin avsätter vi 100 miljoner kronor 2019, 300 miljoner kronor 2020 och 500 miljoner kronor 2021.

1.9 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. Siffror från Socialstyrelsen visar att antalet besök på akuten ökar dramatiskt för åldersgruppen över 80 år. Patienter 80 år och äldre har längst total vistelsetid på akuten – 3 timmar och 39 minuter, jämfört med personer 19–79 år gamla. Var tionde patient 80 år och äldre får i genomsnitt vänta 3 timmar och 14 minuter eller längre innan de blir bedömda av läkare och 7 timmar och

18 minuter eller längre innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården.

Det är viktigt att korta väntetiderna på akuten. Kristdemokraternas stora satsning på primärvården och en utbyggd hemsjukvård är avgörande, men ytterligare åtgärder behövs. Många landsting arbetar med akutvårdsgarantier och en förändrad organisation för att förbättra akutvården. Vi menar att det krävs flera åtgärder för att få den akuta vården att leva upp till sitt namn.

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

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

1.10 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 medel till landstingen och regionerna att utveckla en löne- och personalpolitik som understödjer en mer jämlik vård, som minskar användningen av tillfällig personal och understödjer en bättre arbetsmiljö.

Kristdemokraterna föreslår mot denna bakgrund att ett statligt stöd införs – om 500 miljoner kronor per år – som kan användas av landstingen för att ge läkare och sjuksköterskor förmånligare anställningsvillkor, där det har visat sig svårt att upprätthålla en kontinuerlig verksamhet med god kvalitet.

Landsting och regioner ska kunna söka medel ur satsningen för att satsa på utveckling av i första hand det som kan karakteriseras som bemanning och kompetens inom den nära vården i sjukhusvården och inom primärvården. Kriterier behöver utvecklas för vilken vård som ska ingå i satsningen, eftersom syftet framförallt är att främja utvecklingen av den nära vården. Det ska handla om att understödja sjukvård i gles- och landsbygd där det idag är svårt. Medlen ska dock inte användas för att förhindra centraliseringen av sådan vård som bedöms vara högspecialiserad vård.

En överenskommelse mellan åren 2019–2022 ska träffas där regeringen förbinder sig att stödja huvudmännen under perioden. 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.

1.11 Löneförstärkning för sjukvårdspersonal under sommarmånaderna

Den positiva trenden med minskande vårdköer under Kristdemokraternas ledning i alliansregeringen bröts under 2014. Den lagstadgade vårdgarantin ger bland annat rätt till ett första besök hos specialistläkare eller operation inom 90 dagar. I oktober 2018 var det fler än 93 000 personer som väntat längre än tre månader i dessa köer. Utöver denna köproblematik finns stora säsongsvariationer i belastningen av sjukvården, då det under somrarna och till viss del kring jul uppstår mycket stora problem. Antalet personer i vårdkö ökar då kraftigt liksom antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

Kristdemokraterna föreslår därför att all sjukvårdspersonal som jobbar under de normalt semestertunga sommarveckorna ska få kraftigt högre lön för att välja att arbeta då och istället lägga en del av sin semester under andra perioder under året. Därmed kan de vårdköer som byggs upp varje sommar hållas nere. Vi föreslår att drygt 2,5 miljarder kronor avsätts så att staten i samverkan med landstingen kan finna en modell som innebär att den personal som väljer att inte ta ut hela sin semester under de kritiska sommarveckorna ska erhålla väsentligt högre lön.

1.12 Digitalisering inom hälso- och sjukvården

Digitalisering är en lösning på många av de problem som hälso- och sjukvården står inför. Men det kräver fler strategiska nationella beslut. Det är också avgörande att sjukvårdens medarbetare utbildas och processer utvecklas parallellt med de nya it-systemen. Digitaliseringens verkliga potential ligger i möjligheterna till effektivare arbetssätt 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.

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.

Hälso- och sjukvårdssystemet lider idag av en bristande standardisering av informatiken i patient- och datasystemen samt hur systemen implementerats. Ett sätt att snabbt förbättra kommunikationsmöjligheterna inom vården och underlätta för patienterna att bli mer delaktiga i sin egen vård vore att kräva att landstingen till att börja med inför gemensam nationell standard för journalsystem. Men, så snart som möjligt bör det även införas en gemensam standard för kvalitetsregister och biobanker och andra relevanta system. Det skulle direkt ge förutsättningar för att följa upp medicinska resultat av vården på ett bättre sätt. Även de svenska patientorganisationerna är tillskyndare av kvalitetsregister eftersom deras medlemmar gynnas. 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 hälsoutveckling. 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.

Det är också värt att notera att arbetet med Hälsa För Mig, det personliga hälsokontot som E-hälsomyndigheten har jobbat med, ännu än gång har strandat, vilket är mycket beklagligt. Regeringens beslut att flytta myndigheten har inneburit att de helt har tappat styrfart. E-hälsa kan stödja vårdens processer, men kan också hjälpa individer att inte behöva uppsöka vården. Vi står inför en enorm utmaning när det gäller prevention av de stora folksjukdomarna. De friska ska hålla sig friska. Här skulle det kunna finnas en kraft i Hälsa För Mig. Att ge varje person möjlighet att lagra information som är intressant ur inte bara ett sjukvårdsperspektiv utan också sitt eget hälsoperspektiv. Regeringen måste påskynda detta arbete.

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 och 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.

1.13 Ökad delaktighet – certifierade patienter

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 dialysbehandlingen och genomför den på egen hand. Allt ifrån att sätta nålen själv till att ställa in dialysmaskinen. Det är även patienten som styr och anpassar dialysintervallet utifrån sitt vårdbehov och det dagliga livet. Vårdpersonalen finns tillgänglig när det behövs men till stora delar klarar patienterna av att sköta sin egen behandling i vårdens lokaler. Detta har inneburit en stor avlastning av vårdpersonalen, och patienterna som har valt självdialys upplever både större frihet och förbättrat hälsotillstånd. Samma tankesätt bör användas för fler patientgrupper med kroniska sjukdomar.

Vi föreslår därför att vi bör utreda möjligheten för läkare att certifiera vissa patienter i syfte att ge dem befogenhet att själva styra delar av sin vård. Certifierad patient kan den bli som är engagerad, motiverad och väl insatt i sin sjukdomsbild och sin behandling. Vidare har patienten en stabil kronisk sjukdomsbild med fungerande behandling.

Den som av sin läkare blir certifierad patient ska exempelvis kunna ta eget ansvar för förnyelse av vissa recept, hjälpmedelskort och kunna beställa vissa återkommande laboratorieprover. Vilka delar av behandlingen som den certifierade patienten ska få utökat ansvar för ska utgå ifrån riktlinjer fastställda i samråd med läkaren och efter ifyllande av informerat samtycke. Den certifierade patienten ska ha möjlighet till kontakt med sin läkare via e-post och självklart kunna få träffa vårdgivaren för nödvändig uppföljning, vid förändrat hälsotillstånd eller vid behov av förändring av behandling eller medicinering.

1.14 Bättre förutsättningar för vårdpersonal

Många av de förslag som Kristdemokraterna lämnar för att förbättra för patienterna förbättrar också arbetsmiljön för vårdpersonalen. 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. Det omfattar såväl den somatiska som den psykiatriska vården. I flera av sina tillsynsärenden pekar IVO på att brister i bemanning medför svårigheter att leda och styra verksamheter. Svårigheter med rekryteringar har lett till bemanning med tillfälligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal. I IVO:s tillsyn framkom exempelvis att en vårdcentral hade 1,75 fasta läkare på 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 rättsvärdande 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. Sjuksköterskorna måste få fokusera på vården. Vi vill därför införa vårdserviceteam som kan avlasta med arbetsuppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. 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. Kristdemokraternas förslag om fler utbildningsplatser osv. finns inom 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.

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.

1.15 Minska sjukvårdspersonalens administrationsbörda

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet (som dessutom konsumerar 11% av våra samlade medel). Med det följer ett behov av administration – allt från löneutbetalningar, arbets- och semesterscheman, läkemedels- och andra produktbeställningar och inköp till resultatrapportering (finansiell och

verksamhetsmässig) och ren dokumentation av den enskilde patientens hälsotillstånd och relaterade fynd. Den tilltagande mängden administration har gått parallellt med ett alltmer uttalat motstånd mot ”administratörer”. Därför har administrativa uppgifter lagts över på vårdande personal och på chefer, med följderna att mindre tid finns till att vårda patienter och till att leda och organisera verksamheten. Samma trend har uppmärksammats inom polisen och försvaret, där minskning av den civilanställda personalen gjort att kärnuppdraget försvagats. Inom skolan har på senare tid diskuterats att avlasta lärarna administration, för att ge dem mer tid till undervisning.

Byråkratiseringen av hälso- och sjukvården har på goda grunder lett till stor irritation inom inte minst läkarkåren. Samtidigt har detaljregleringen – i stort och smått – påverkat snart sagt alla moment i en läkares arbete. Det gäller allt från diagnossättning till dokumentation och val av behandling. Styrningen av hälso- och sjukvården måste vara tydlig och bygga på begripliga incitament, samtidigt som läkarnas och den övriga 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 hyrläkare, där många valt ett friare arbetsliv, delvis utanför landstingsledningarnas kravmaskinella administrationssystem.

Idag har antalet administrativ personal ökat utan att det lett till en avlastning av vården. Nu krävs ett skifte. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver säkerställa att det har tillräckligt med kvalificerad administrativ personal som på ett ändamålsenligt sätt avlastar vårdpersonalen. Annan administration ska kraftigt minska. Men som enskild åtgärd är den inte tillräcklig. En sådan reform måste också kombineras med tydliga målsättningar om att öka sjukvårdspersonalens tid med direkt patientarbete. Som nämnt ovan har läkarna i världens bästa sjukvårdsorganisationer över 70 procent direkt tid med sina patienter. Om vi kan närma oss de allra bästa hälso- och sjukvårdssystemen vad gäller produktivitet och direkt patienttid skulle de långa väntetiderna i princip upphöra. En rimlig målsättning vore därför att sjukhusläkarens direkta patientarbete i ett första steg ökar till 50 procent av den totala arbetstiden, jämfört med dagens 30 procent. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har beräknat att om alla läkare i specialistvården utför ytterligare ett mottagningsbesök per arbetsdag (i genomsnitt) skulle infriandet av vårdgarantin för besök hos specialist kunna öka med nära fem procentenheter. Det låter litet men skulle i praktiken innebära en kraftig förbättring över tid (av väntetidsstatistiken) när det gäller besök.

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

Uppdraget bör ta sin utgångspunkt i det faktum att den samlade effekten av styr signaler och krav sannolikt är överväldigande. Landstingsledningar, regeringen, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Arbetsmiljöverket, Läke medelsverket 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.

Som redan nämnts tidigare i motionen måste vi skyndsamt införa en nationell och obligatorisk standard för journalsystem – med målet att minska den administrativa arbetsinsatsen för sjukvårdpersonalen och samtidigt öka möjligheterna att samarbeta över landstingsgränserna. En nationell standard som är på plats underlättar också genomförandet av en kommande statlig huvudmannaskapsreform, där it-frågorna annars kan visa sig bli ett tidsödande moment när 21 huvudmäns it-system ska harmoniseras under en huvudman.

1.16 Vårdserviceteam inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

För många som arbetar inom vården är arbetssituationen pressad. Sjuk- och undersköterskor vill ge en mer kvalitativ vård. Tidsbrist tvingar dem dessvärre alltför ofta att kompromissa med de egna värderingarna, ambitionerna och visionerna om hur arbetet ska utföras. För att förbättra kvaliteten i vården behövs fler händer. Det krävs också att vi använder resurserna på rätt sätt. Varje personalkategori ska göra det som de är utbildade för. Vi vill därför att vårdpersonalen ska avlastas från de arbetsuppgifter som är viktiga för att omvårdnad ska fungera, men som inte kräver en lång vårdutbildning – så kallad vårdnära service. Arbetsuppgifterna kan exempelvis handla om att servera mat och plocka undan disk efter måltider, att sköta förråd, transporter av patienter och prover mellan olika avdelningar, städning samt administrativa uppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Genom att anställa servicepersonal inom vården kan vi frigöra mer tid för omvårdnad av varje enskild patient. Goda exempel finns exempelvis på S:t Görans sjukhus, i Visby och i Nyköping. Genom att en serviceorganisation fick ansvar för alla patienttransporter på ett sjukhus frigjordes där 800 arbetstimmar från vårdpersonalen varje vecka. Servicepersonal utbildade för städningen inom hälso- och sjukvård är ett annat exempel som inte bara avlastar vårdpersonalen utan även minskar riskerna för vårdrelaterade infektioner.

Vi avsätter 600 miljoner per år 2019–2021 för att införa prestationsbaserade medel för att alla vårdgivare ska kunna anställa renodlad vårdservicepersonal på landets sjukhus och inom primärvården samt äldreomsorgen. Staten ska träffa en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där villkoret för att ett landsting ska få del av stimulansmedlen är att de undertecknar överenskommelsen och kan uppvisa en trovärdig plan för hur de nya tjänsterna ska skapas. En del betalas ut till vårdgivarna i förskott och resterande del när de kan uppvisa resultat.

1.17 Fler utbildningsplatser för vårdpersonal

För att åtgärda kompetensbristen inom vården har antalet utbildningsplatser till olika vårdutbildningar byggts ut under flera år. Även i år fortsätter den utbyggnaden, men takten måste öka för att möta behovet. Särskilt stort är behovet av fler utbildningsplatser inom förlossningsvården, psykiatri och vissa specialistsjuksköterskor. Även utbildningsplatser till exempelvis undersköterskor ska byggas ut och utbildningen ska i ökad utsträckning kunna ske parallellt med sfi-utbildning, för den som behöver det. Vi avsätter 100 miljoner kronor 2019, 200 miljoner kronor 2020 och 300 miljoner kronor 2021 under utgiftsområde 16, för detta ändamål.

1.18 Tryggare förlossningsvård och BB

Det föds över 110 000 barn i Sverige varje år och svensk mödra- och förlossningsvård är på många sätt helt fantastisk. Samtidigt finns det mycket som behöver göras för att 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. 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 Socialstyrelsen hade 15 av 18 landsting brist på personal under 2017. Det är både svårt att rekrytera och att behålla barnmorskor. På pappret finns det utbildade barnmorskor, men de väljer att inte arbeta med förlossningar. Den överenskommelse om förlossningsvården som regeringen slöt med SKL 2015 och som syftade till ökad bemanning har inte blivit någon succé. Enligt Vårdanalys har bara hälften av pengarna använts till bemanning och det skiljer sig stort mellan landstingen i hur stor andel av medlen som använts till bemanning. Sveriges kvinnolobbys granskning visar att landets barnmorskor snarare fått allt fler gravida och födande kvinnor att ta hand om samtidigt som antalet förlossningsplatser sjunker.

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

Kristdemokraterna har tidigare föreslagit följande för att skapa en tryggare förlossningsvård:

- Sjukvården och därmed förlossningsvården bör förstatligas. I väntan på den organisationsreformen behövs ett nationellt ledarskap som pekar ut riktningen för förlossningsvården. Vi föreslår därför ett kompetenscentrum och nationella mål för förlossningsvården. Vi avsätter 20 miljoner kronor för detta ändamål.
- Fler barnmorskor ska utbildas – 500 platser bör inrättas på barnmorskeutbildningen och vi avsätter medel för detta under utgiftsområde 16.
- Barnmorskeledda enheter i anslutning till akutsjukhusen skapar kontinuitet för patienten.
- Yrkeserfarna barnmorskor ska vara mentorer till utexaminerade barnmorskor.
- Patientnära hotell bör vara tillgängliga där det är långa avstånd till förlossningskliniker. Vi avsätter 30 miljoner kronor för detta ändamål.

Varje kvinna ska få föda tryggt. Därför föreslår Kristdemokraterna ytterligare förslag för att förbättra förlossningsvården:

Bättre löneutveckling för barnmorskor

För att fler ska vilja arbeta inom mödra- och förlossningsvården måste arbetsvillkoren förbättras. Vi föreslår en karriärstege för barnmorskor enligt den modell som finns i Stockholms läns landsting. Den innebär att arbetsgivaren bör sätta upp tydliga mål och kriterier som sedan ska synas i lönekuverten. Vi avsätter 150 miljoner kronor för detta ändamål.

Stärk förlossningsvården på landsbygden – dubbel lön till barnmorskor

Det är ofta svårare med bemanningen i glesbygden. Vi vill att staten skjuter till medel för särskilda lönesatsningar och schemaanpassningar för dem som väljer att jobba på landsbygden. Vi avsätter 80 miljoner kronor för detta ändamål.

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.

Mammarehabiliteringspeng

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 ”mammarehabcheck” 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. Enligt Myndigheten för vårdanalys gör avsaknaden av tydliga mål och riktlinjer för hur pengarna ska användas att uppdraget har varit otydligt. Enbart hälften av pengarna har använts till bemanning och det skiljer sig stort mellan landstingen i hur stor andel av medlen som använts till bemanning. Vi vill inte förnya överenskommelsen utan pengarna ska riktas helt och hållet till att öka bemanningen och till andra förbättringar i förlossnings- och BB-vården som vi här föreslår.

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. Det är svårt att idag rekrytera tillräckligt med barnmorskor, inte minst till förlossningen. Vi vill ge sjuksköterskor möjlighet att vidareutbilda sig till barnmorskor med bibehållen lön. Vi avsätter 70 miljoner kronor för detta ändamål.

Ett barnmorsketeam genom hela vårdkedjan

Det behövs bättre kontinuitet i vårdkedjan före, under och efter förlossning. Idag möter kvinnor ofta olika personer för varje del i vårdkedjan. Vi vill att kvinnor ska mötas av ett barnmorsketeam genom hela graviditeten, förlossning och eftervården – en form av fast barnmorska. Det ger också barnmorskor större möjlighet att variera sitt arbete mellan förlossningsvård, som många gånger är ett tungt fysiskt arbete, mödravård och

eftervård. Hur ett system med fast barnmorska ska utformas bör utredas i samråd med Svenska barnmorskeförbundet och patientorganisationer. Vi avsätter 150 miljoner kronor för detta ändamål.

1.19 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 hjärnabbildningsmetodik visar tydligt att långvarigt och upprepat alkohol- eller narkotikaintag ger förändringar i hjärnan.² När vi äter god mat eller motionerar 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 upprepat 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 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.

² <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>.

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

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

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

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter inom beroendevården, men trots insatser för att förbättra samverkan 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.³ En nylig 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 1.3). När det gäller personer med svårare missbruk och beroende medför det dubbla huvudmannskapet 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 huvudmannskapet har lett till att Kristdemokraterna har landat i ställningstagandet att ansvaret för missbruks- och beroendevården bör överföras på hälso- och sjukvården som ensam huvudman.

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

³ Hausken m.fl., 2016, Läkartidningen.

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.

1.20 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. 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 serverar privata hemtjänstföretag 41 000 äldre vilket motsvarar 23 procent av alla hemtjänststimmar. Privata äldreboenden är hem åt 18 000 äldre vilket motsvarar 21 procent av alla äldreboenden. Dessutom byggs 36 procent av alla nya platser på äldreboenden av privata aktörer.

Stoppa förluster – inte vinster – inom välfärden

Idag 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.

År 2014 fanns det 223 privata vårdgivare inom primärvården. 182 av dessa (82 procent) drev enbart en vårdcentral (Konkurrensverkets rapportserie 2014:2). God service och hög kvalitet är drivkraften för många, och en rimlig vinst är nödvändigt för att klara investeringar och för att bygga upp en buffert för oväntade händelser. Det är också rimligt att den som satsat kapital kan få en utdelning som inte är avsevärt sämre än andra placeringsalternativ. Om regeringens förslag om vinsttak vinner gehör för vård- och omsorgsföretag, riskerar flera privata aktörer att drivas i konkurs. Stora delar av välfärden är då hotad eftersom de offentliga vårdgivarna inte har kapacitet att erbjuda vård och omsorg till de många patienter och omsorgstagare som idag har valt en privat aktör. Regeringen bör lägga tid på ändamålsenliga kvalitetskrav och uppföljning. Inte jäga den som bidrar till välfärden genom att vara privat utförare i välfärden.

Tyvär tycks det dock vara en bärande idé i den politik som de rödgröna partierna för att beskära den enskildes makt. Vänsterns politik innebär nämligen en tydlig 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. Vill vi ha entreprenörer som tillsammans med investerare är med och utvecklar välfärden måste de kunna göra en vinst. Utan entreprenörer och privata välfärdsaktörer kommer valfriheten i praktiken att kraftigt begränsas eller försvinna. På samma sätt som det är självklart att företag ska kunna gå med vinst är det också självklart att vård och omsorg inte är vilka marknader som helst. De rör människor i utsatta situationer och möjligheten att bedriva verksamhet inom exempelvis vård och omsorg ska vara förknippad med högt ställda kvalitetskrav. Det gäller såväl privat som offentligt driven vård och omsorg. Det är också en självklarhet att de som verkar i dessa sektorer följer skattelagstiftningen och beskattar verksamheten som bedrivs här i Sverige.

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

De som bygger äldreboenden, sjukhus och vårdcentraler arbetar i privata företag. De kan själva starta eget företag i sin bransch och de är oftast män. De som däremot arbetar med vård och omsorg i dessa byggnader har under lång tid varit hänvisade till en offentlig arbetsgivare. De har inte haft möjlighet att starta eget i sin bransch och har oftast varit kvinnor. När valfrihetsreformerna inom välfärdssektorn introducerades innebar det en stor förändring för de anställda i denna kvinnodominerade sektor. Då

skapades nya möjligheter för människor till kreativitet och entreprenörskap. Nya karriärvägar öppnades. Det gav positiva effekter på kvinnors löneutveckling, inte minst då antalet arbetsgivare ökat. Reformerna har inneburit positiva effekter för kvinnligt företagande. Valfriheten i välfärden skapar förutsättningar för ett jämställt Sverige.

Generell tillståndsplikt

Inom såväl privat som offentlig välfärd finns det verksamheter som håller för låg kvalitet. Att komma till rätta med dessa kvalitetsbrister är en central uppgift.

Kristdemokraterna ser det som helt nödvändigt med höga och tydliga kvalitetskrav på samtliga aktörer inom välfärden. Från och med den 15 april 2017 finns inget undantag från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra. Den förändringen var välkommen. Men krav ska ställas även på offentlig utförare, inte bara på verksamhet driven i privat eller i annan regi.

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

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

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

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

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

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

Syftet med tillståndsplikten är att uppnå en hög kvalitet, inte att påverka förutsättningarna att driva verksamheter på lika villkor. I de fall verksamheter återgår till kommunal regi till följd av att tillståndsplikt inte omfattar de kommunala verksamheterna så bör IVO ges i särskilt uppdrag att granska dessa verksamheter särskilt efter övergången. Detta för att säkerställa att kommunerna i samband med återgången inte erbjuder boende och medarbetare en verksamhet som inte uppfyller 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. Risken är överhängande att de mindre aktörerna slås ut från marknaden vilket i förlängningen skulle vara negativt för valfriheten inom verksamheten.

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.

1.21 Vårdval även inom öppenvården

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

Vi vill att vårdvalet ska gälla all öppenvård, 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 ansvarstagande inom detta område. Det är för stora skillnader mellan ”regelböckerna” inom landstingen, och utvecklingen med digitala vårdmöten behöver en samordnad reglering för hela landet.

Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp resultatet av införandet under åren 2014–2017.⁴ Resultatet av analysen är nedslående. De konstaterar att patientens faktiska ställning (patienters perspektiv) inte har förbättrats sedan patientlagen infördes och att syftet med lagen ännu inte uppnåtts. En före- och eftermätning, som utgår från patienternas erfarenheter, visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller försvagad. Patientens faktiska ställning har försvagats på de områden som handlar om tillgänglighet, information och delaktighet. De konstaterar att vad som sannolikt påverkar samtliga resultat är att kännedomen om patientlagen fortsatt är låg. För flera av bestämmelserna i patientlagen kan det också genom internationella jämförelser konstateras att Sverige hamnar lågt i till exempel frågor som gäller information och tillgänglighet och att det gällt över tid. Det är därför mycket angeläget att arbetet med att stärka patientens ställning fortsätter för att syftet med lagen ska uppnås. En översyn av lagen bör inte uteslutas i syfte att stärka patientens ställning.

1.22 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 kollektivavtalslutande parterna arbetade intensivt med att få till stånd en gemensam databas och publiceringsplatsen valfärdsinsyn.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 det 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. Projektet står för närvarande utan ordförande och initiativets framtid är på grund av regeringens agerande oklar. 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 Valfärdsinsyn kan möjliggöra att vårdgivare frivilligt ansluter sig till meddelarfriheten.

⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:2.

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.

2 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. 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. 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 anhängvårdare stöd.
- Satsade cirka 4 miljarder kronor för att förbättra och samordna vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.
- Införde heltäckande nationella uppföljningar av hur äldre själva ser på kvaliteten och tillgängligheten.
- Införde ett investeringsstöd för byggande av särskilda boenden och trygghetsboenden.
- Skärpte lex Sarah så att all personal är skyldig att rapportera om missförhållanden och misstanke om missförhållanden i verksamheten.
- Genomförde en stor utbildningssatsning för undersköterskor och vårdbiträden.
- Införde att IVO, Inspektionen för vård och omsorg, ansvarar för tillsynen.
- Införde ett nationellt system för öppna jämförelser.

Kristdemokraterna gör nu sin största satsning någonsin på de äldre. Vi presenterar kraftfulla reformer för att förbättra pensionärernas ekonomi och de äldres möjligheter på arbetsmarknaden i utgiftsområde 14 och 11. Därtill föreslår vi en rad reformer här i utgiftsområde 9 som syftar till att öka de äldres valfrihet och makt att påverka sin egen vardag, bidra till en ökad kvalitet inom äldreomsorgen, förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten samt en garanterad plats på ett anpassat boende.

2.1 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. Vi avsätter 150 miljoner kronor för varje år 2019–2021 för detta ändamål. Samtidigt avvisar vi regeringens satsning på 13 miljoner kronor för fallprevention.

2.2 Äldreboendegaranti och äldreboendemiljard

Fler och fler av de äldre som själva upplever att de har behov av särskild vård och omsorg blir nekade boende på ett så kallat särskilt boende. Biståndsbedömningarna har blivit snävare och då anses de för friska. Istället erbjuds mer omfattande hemtjänst i det egna hemmet. Det finns också brister i kommunernas uppfyllelse av att verkställa ett

beviljat beslut om plats på särskilt boende inom tre månader. Siffror från Inspektionen för vård och omsorg (IVO, sept. 2017) visar att närmare 5 000 äldre tvingas vänta minst tre månader och att hälften av dessa tvingas vänta mellan fyra och sex månader.

Kristdemokraterna vill införa en äldreboendegaranti som innebär att den som har fyllt 85 år ska ha en lagstadgad rätt att få flytta till ett anpassat boende som t.ex. särskilt boende eller trygghetsboende när personen själv bedömer att behovet finns, det vill säga utan biståndsbedömning. Möjligheten att bygga mer flexibelt med såväl särskilt boende som trygghetsboende inom samma fastighet bör utvecklas, då detta möjliggör kvarboende och bibehållna sociala kontakter även när förmågan blir begränsad.

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 550 miljoner kronor mer än regeringen under varje år 2019–2021 för att fler bostäder ska byggas.

Ingen ska tvingas ut från sitt hem, men ingen ska heller tvingas att bo kvar i hemmet. Den äldres behov och önskan ska stå i centrum. Ensamhet drabbar idag väldigt många och leder till sämre hälsa, både psykiskt och somatiskt. Först när ingen tvingas leva i ensamhet lever vi upp till en reell äldreboendegaranti.

För att stärka de äldres rätt att få tillgång till en anvisad plats på ett anpassat boende inom tre månader avsätter vi en miljard kronor om året 2019–2021 till en prestationsbaserad ersättning, en äldreboendemiljard, till de kommuner som klarar att anvisa platser inom tre månader. Därtill föreslår vi 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.

2.3 Förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten

För många av de äldre som lever ensamma utgör hemtjänstpersonalen den enda eller 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.

Idag brister dessvärre personalkontinuiteten inom hemtjänsten i flera kommuner. Enligt 2016 års siffror från Socialstyrelsen får varje hemtjänsttagare över 65 år besök av 15 olika personer från hemtjänsten under en 14-dagarsperiod (rikssnittet). Då är personal som levererar mat, ansvarar för trygghetslarm samt hemsjukvårdare inte medräknade. Men variationen är stor; som lägst uppges att det är fyra och som mest 26 olika hemtjänstpersonal som besöker varje person under en tvåveckorsperiod. När personalkontinuiteten är låg vittnar äldre om att de får besök av så många olika personer att de har tappat räkningen. En känsla av otrygghet och en oro för att personalen inte vet hur den enskildes behov ska mötas är utbredd. Personer i stort behov av hemtjänst har inte sällan dessutom ett stort behov av sjukvård varför det utöver personal från hemtjänsten kan vara ett antal personer från hemsjukvården som kommer till hemmet. För dessa äldre är det så klart ännu viktigare att verksamheterna planeras så att det i så stor utsträckning som möjligt är kontinuitet i de personalgrupper som ska ge vården och omsorgen.

För att främja en hög personalkontinuitet avsätter vi 800 miljoner kronor per år 2019–2021 till en prestationsbaserad ersättning som fördelas mellan de kommuner som lyckas minska eller behålla antalet hemtjänstpersonal per hemtjänsttagare över 65 år till maximalt 10 under en 14-dagarsperiod.

2.4 Kompetent och engagerad personal i äldreomsorgen

Kvaliteten i äldreomsorgen skapas av medarbetarna, genom deras kompetens och agerande. De beskriver ofta sitt arbete som meningsfullt och fyllt av glädje, men också som slitigt och stressigt. De vill göra ett bra jobb men hindras ibland av bristande ledarskap, begränsat inflytande och dåliga villkor. Det är medarbetarna och de verksamhetsnära cheferna som bäst vet hur verksamheten ska bedrivas och vad som behöver prioriteras lokalt. Arbete inom äldreomsorgen behöver bli mer attraktivt för att säkerställa att det även framöver finns kvalificerad personal som väljer att stanna längre på samma arbetsplats. På så sätt tillvaratas erfarenhet och kunskap.

Alliansregeringen införde under perioden 2011–2014 ett prestationsbaserat statsbidrag till kommuner, i syfte att stimulera till en kompetenshöjning inom äldre- och funktionshindradsomsorgen, det så kallade Omvårdnadslyftet. Kristdemokraterna vill förlänga Omvårdnadslyftet för att fortsätta stärka både den grundläggande och den specialiserade kompetensen bland personal inom äldreomsorgen. Genom Omvårdnadslyftet ges äldreomsorgens medarbetare möjlighet att vidareutbilda sig och skaffa specialistutbildning. Samma möjligheter behöver ges till andra personalkategorier som har med äldre personers vård och omsorg att göra. Det är exempelvis viktigt att handläggarna inom äldreomsorgen har rätt kompetens runt exempelvis schemaläggning för att främja en god personalkontinuitet inom hemtjänsten och för att tillse att den äldre får sina individuella behov tillgodosedda. Socialstyrelsens utvärdering visar att Omvårdnadslyftet har höjt kompetensnivån bland dem som arbetar inom äldreomsorgen, och man skriver sammanfattningsvis:

Flera kommuner menar att satsningen har varit mycket positiv för såväl medarbetare som verksamheten i sig. Hos medarbetarna har den bl.a. 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.

Trots detta positiva resultat slopade vänsterregeringen just denna satsning när de kom till makten 2015. Vi satsar därför 200 miljoner kronor på att återinföra Omvårdnadslyftet för varje år 2019–2021. Ett gott ledarskap är viktigt för att öka motivationen och locka fler till äldreomsorgen. För att kunna vara en bra ledare krävs att antalet personer man ska leda inte är alltför stort. Därför vill vi satsa 50 miljoner kronor till kommuner där de nära verksamhetscheferna inte har ansvar för fler än 20 anställda.

2.5 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 året 2019–2021.

2.6 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 2019 och 150 miljoner kronor vardera året 2020 och 2021 för detta ändamål.

2.7 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 för alla äldre vilket skapar bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet.

2.8 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 äldrevård 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 2019–2021 för detta ändamål.

2.9 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 besvärar sig av ensamhet och var sjunde besvärar sig ofta. Insikten växer nu i flera OECD-länder om hur ensamheten bryter ned samhällskroppens celler. Förra veckan presenterade Theresa May Storbritanniens strategi mot ensamhet. Hon beskrev den som ”första steget i den nationella uppgiften att utrota ensamheten under vår livstid”.

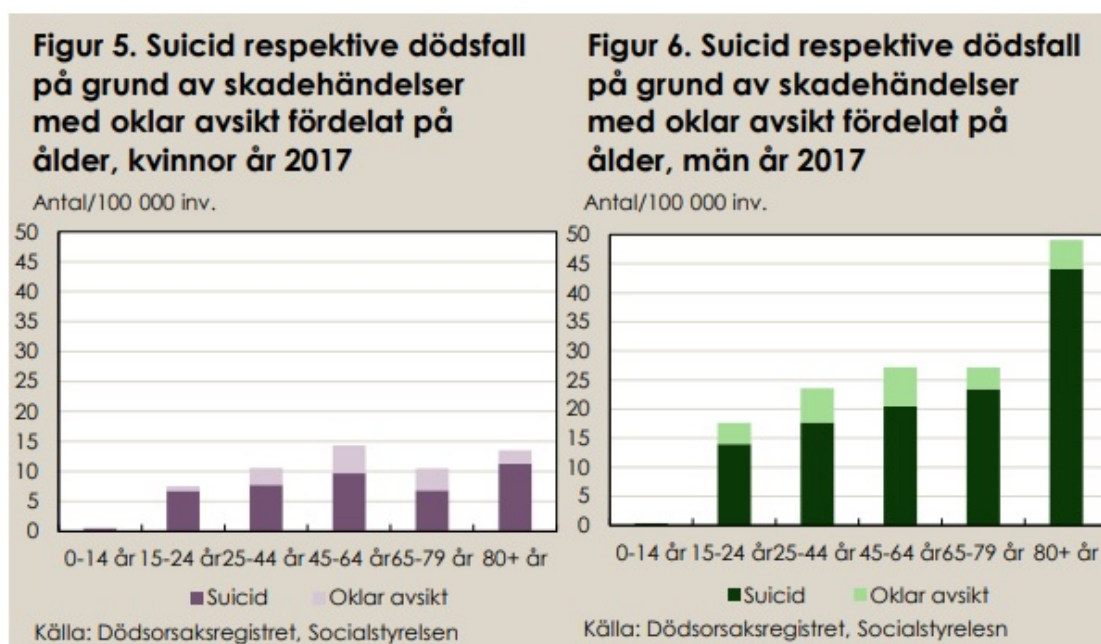
Men Sverige tycks ha betydligt längre startsträcka för att ta sig an ensamheten som samhällsproblem. Den svenska överideologin om att det offentliga ska lösgöra oss från varandra och göra oss till fria individer (om än beroende av det offentliga) har sannolikt stått i vägen: Varför skulle det offentliga 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 mellanmännsliga 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.⁵ 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 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 uppgår 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 2030⁶, 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 2016.⁷ 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 gemenskapsvärelse.

Hälsofrämjande strategier för äldre har en avgörande betydelse för att upprätthålla och öka funktionsförmågan, bibehålla eller förbättra egenvården samt stimulera ett

⁵ Strang, Peter, 2014, Att höra till.

⁶ SCB Statistikdatabasen, Aktuell framskrivning över folkmängden. Folkmängd 31 dec. efter ålder och år.

⁷ SCB, 2018, Levnadsförhållanden 1980–2016.

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, 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 allvarigare 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 och förslaget beräknas kosta 160 miljoner kronor per år.

3 Krafttag mot psykisk ohälsa hos barn och unga

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

Ökad psykisk ohälsa hos barn och unga är ett av vår tids stora samhällsproblem. Enligt Socialstyrelsen⁸ 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 svar på vad som är orsak till den mörka utvecklingen med ökad psykisk ohälsa bland barn och unga finns inte idag. Vi vill därför att det genomförs en bred utredning för att kartlägga och undersöka orsakerna. Vi vill även ta fram en handlingsplan med bland annat förebyggande åtgärder.

⁸ Socialstyrelsen 2017, Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016.

Psykisk ohälsa bland barn och unga är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning vidtog vi därför flera viktiga åtgärder, bland annat en plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa (Prio) samt uppdrag för att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Vi stärkte också det självmordspreventiva arbetet.

Kristdemokraterna välkomnar att den tidigare vänsterregeringen har fortsatt detta angelägna arbete genom den nationella strategin inom området psykisk hälsa 2016–2020 ”Fem fokusområden fem år framåt” och kommer följa utvärderingen av detta arbete. Regeringens utökade satsning på psykiatrin är välbehövlig, men vi avsätter ytterligare medel för detta angelägna område. Våra satsningar för att minska psykisk ohälsa beskrivs mer i detalj nedan.

3.1 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, elevhälsan, ungdomsmottagningar). Föräldrar, socialtjänst, skola/elevhälsa, BUP och övrig sjukvård behöver samarbeta bättre. Målsättningen är sammanhållna förebyggande insatser som de aktörer som är involverade i barnets vardag deltar i och bidrar till. Ett tidigt och ihållande stöd till föräldrar är avgörande för att förebygga och stödja barns och ungdomars psykiska hälsa. Mer om våra förslag för att stötta föräldrarna finns längre fram i denna motion.

3.2 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 landstingen/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 skolledning, lärare, specialpedagoger och kommunernas socialtjänst.
- Inför 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.

3.3 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.

Den tidigare utökade satsningen på psykiatri är välkommen, men för att korta väntetiderna i BUP avsätter vi ytterligare 150, 175 och 225 miljoner kronor för respektive år 2019–2021.

3.4 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 vuxenpsykiatrin. Vi avsätter 250 miljoner kronor årligen 2019–2021 för detta ändamål.

3.5 Förstärkt 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.

Handlingsplaner för självmordsprevention

För att säkra ett effektivt förebyggande arbete är det avgörande att följa upp att det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention⁹ anpassas och implementeras på regional såväl 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.

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.

”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 brutit 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 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.

⁹ Folkhälsomyndigheten, 2016, Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention.

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.

4 En värdig och medmänsklig funktionshinderspolitik

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

Målet för funktionshinderspolitiken är att personer med funktionsnedsättning ska ha likvärdiga levnadsförhållanden med resten av befolkningen. Politiken ska fokusera på att förbättra tillgänglighet, utbildningsmöjligheter och förankring på arbetsmarknaden. Kristdemokraterna vill ha ett samhälle som ser, bejakar och inkluderar alla människor. Därför måste även kunskapen om dolda funktionsnedsättningar öka.

LSS-reformen (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade), som infördes 1994 av den dåvarande borgerliga regeringen, är en rättighetslag som ska värnas. Den 1 januari 2009 samlades diskrimineringslagstiftningen i en gemensam lag och funktionsnedsättning är en av sju straffbara diskrimineringsgrunder. Vi kristdemokrater har länge krävt att bristande tillgänglighet ska inkluderas i lagen och den 1 januari 2015 infördes det. Under alliansregeringens tid vid makten medverkade Kristdemokraterna till att

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

4.1 Återupprätta LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt personer med funktionsnedsättning. Insatserna är tio till antalet och en av dessa är personlig assistans. Personlig assistans ges till den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller

annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). LSS är den största frihets- och delaktighetsreform för människor med funktionsnedsättningar som någonsin genomförts i vårt land, och kanske i världen. Reformen drevs igenom av en borgerlig regering och är något vi fortsatt måste värna och vårda. Det handlar om rättigheter och det är angeläget att hålla fast vid att hanteringen av lagarna ska vara rättssäker.

Ansvar för stöd till personer med funktionsnedsättning delas idag mellan staten och kommunerna. För grundläggande behov upp till 20 timmar per vecka bär kommunen hela ansvaret. Personer med större behov än 20 timmar per vecka har rätt till statlig assistansersättning, som bedöms och administreras av Försäkringskassan.

Den avsatta rödgröna regeringen håller dessvärre sakta men säkert på att smygavveckla LSS-reformen. Antalet personer som är berättigade till assistansersättning har ökat för varje år från det att LSS-reformen infördes fram till oktober 2015 då 16 179 personer hade beviljats statlig assistansersättning. Men från och med november 2015 minskar antalet. Enligt senast tillgängliga siffror (september 2018) hade 14 468 personer beviljad assistansersättning. Det innebär att det är 1 711 personer färre som har assistansersättning jämfört med oktober 2015. En förklaring är att antalet personer som nybeviljas assistansersättning har minskat drastiskt. I oktober 2015 var antalet beviljanden 35 %, i oktober 2016 var motsvarande siffra 21 %. Den senaste officiella statistiken är från maj 2017 och då fick bara 17 % av de som sökte assistansersättning bifall.

Det är en kombination av ett ökat utflöde och ett minskat inflöde av personer som är assistansberättigade som bidrar till den kraftiga nedskärningen. Under de senaste tre åren har antalet personer som nybeviljas assistansersättning som nämnts drastiskt minskat och det fortsätter att minska. Främsta orsaken till den minskade nybeviljningen tycks vara en ny rättstillämpning i Försäkringskassans bedömningar. Den nya rättspraxisen sammanföll med att den nu avsatta rödgröna regeringen gav direktiven till Försäkringskassan genom regleringsbrevet 2016 att minska antalet timmar inom den statliga assistansersättningen. Den striktare rättspraxis som Försäkringskassan nu tillämpar har delvis införts långt efter att den återopade domen föll. Det kan inte tolkas på annat sätt än att myndigheten vidtar åtgärder för att leva upp till regeringens direktiv.

Den striktare rättstillämpningen drabbar även personer som under lång tid har haft assistansersättning. Vid omprövning medför den skapare bedömningen att fler får sitt beslut indraget eller neddraget. Även kommunernas beslut om insatser enligt LSS tycks ha påverkats av den nya rättstillämpningen. I oktober 2015 hade 4 300 personer kommunalt beviljad assistans. I oktober 2017 var siffran 4 900. En ökning med ca 600 personer. Men under samma tid förlorade 1 126 personer sin statliga assistansersättning. Siffrorna antyder att drygt 500 personer som tidigare hade statlig assistansersättning inte heller har beviljats kommunal assistans. Med andra ord har hundratals personer med omfattande behov av stöd för att klara sin vardag helt förlorat sin assistans. Enligt Socialstyrelsens rapport i december 2017 är det högst sannolikt att de inte har ett fullgott och ändamålsenligt stöd i enlighet med intentionen med LSS.

Socialstyrelsen bekräftar i en rapport i december 2017¹⁰ att möjligheten att få personlig assistans har begränsats efter två vägledande domar i Högsta förvaltningsdomstolen. Domarna har fått direkta konsekvenser för både kommuner, enskilda och närstående. Barn är överrepresenterade i den grupp som påverkats av

¹⁰ Socialstyrelsen, 2017, Assistansdomar får direkta konsekvenser för enskilda och kommuner.

domarna. Rapporten visar vidare att det är svårt för kommunerna att hitta insatser för barn som kan tillgodose de behov som tidigare tillgodosågs genom personlig assistans. Nästan hälften av barnen får avlösarservice istället, en insats som ger barnet sämre möjlighet till självständighet och delaktighet än vid personlig assistans. 20 procent av de barn som inte får assistans blir utan kommunala insatser. Domarna har till viss del även inneburit ökad vistelse på korttidsboende för barn med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens analys visar också att närstående får ta ett större ansvar än tidigare för att tillgodose behov av stöd, tillsyn och omvårdnad.

Rent konkret har den nya rättstillämpningen medfört att exempelvis andning och att få i sig näring inte längre räknas som ett grundläggande behov. När en person behöver hjälp med att få sin näringstillförsel via en sond tar hela processen kanske 15–20 minuter. Men dagens tuffare bedömning tar inte hänsyn till den tid som hela proceduren tar. Istället bryts processen ner i delsteg och bara de moment som anses vara integritetskänsliga eller av privat karaktär räknas som grundläggande behov. Att koppla på och av sonden räknas vanligtvis som grundläggande behov, däremot inte tiden då näringen förs genom sonden – det steg som faktiskt tar längst tid. Effekten av den striktare bedömningen är att antalet assistanstimmar minskar. Det medför att den beviljade assistanstiden i praktiken inte räcker till för att utföra insatsen. Detta trots att hjälpbehovet ofta har sett precis likadant ut under flera år – kanske hela livet. Det är bara myndighetens bedömning som är förändrad.

Snabb lagändring är nödvändig för att återupprätta LSS

Att personer med mycket omfattande stödbehov inte längre får det stöd enligt LSS som var avsikten när lagen infördes 1994 måste åtgärdas omgående. För Kristdemokraterna är det uppenbart att det krävs ändring i lagstiftningen för att stoppa den kraftiga inskränkning som successivt pågått under de senaste tre åren. Den politiska reaktion från den ansvariga rödgröna regeringen som borde ha kommit direkt då denna vantolkning började praktiseras har uteblivit. Vi kristdemokrater har drivit på för att regeringen skulle påbörja de nödvändiga stegen för en lagändring, senast under hösten 2018 genom ett utskottsinitiativ i socialutskottet med syfte att ge övergångsregeringen mandat att vidta åtgärder för att hjälpa de som hamnat i kläm i den rådande LSS-krisen.

För att säkerställa att personer som har omfattande behov av stöd för att klara de grundläggande behoven faktiskt ska få den hjälp de behöver för att andas och att få i sig näring via sondmatning föreslår vi att riksdagen tillkännager för regeringen att den skyndsamt bör vidta åtgärder för att påbörja en ändring av lagen (9 a § första stycket LSS) så att det inte ska göras någon bedömning av huruvida hela eller delar av de grundläggande behoven är integritetskänsliga eller komplicerade. Med andra ord ska omfattningen av de grundläggande behoven beräknas på sådant sätt att hela tidsåtgången, dvs samtliga moment för att tillgodose behovet, ska ingå i bedömningen. Vi föreslår därför att riksdagen tillkännager detta för regeringen.

Höjd schablon av timersättningen för personlig assistans

Förutom att allt fler nekas ersättning eller får sin ersättning begränsad så har uppräkningsen av schablonen successivt urholkats under alltför lång tid. Även om det från början fanns underlag som gav stöd för att under en tillfällig period ha en lägre uppräkningsen av schablonersättningen är det svårt att se hur det kan fortgå utan att få allvarliga konsekvenser. Löneutvecklingen enligt de nyligen tecknade avtalen mellan

parterna ligger på 2,2 procent. Regeringens uppräknig med enbart 1,5 procent innebär att ersättningen inte täcker assistenternas ökade lönekostnader.

Det är ytterst angeläget att arbetet med att ta fram en ändamålsenlig utformning av ersättningen skyndsamt fullföljs. Oron hos personer med personlig assistans och assistansanordnarna är stor. Den nuvarande beräkningsmodellen innehåller brister. Risker är att kostnaderna för personerna med de största omsorgsbehoven inte täcks. Att Försäkringskassan övergått till efterskotts betalning och månadsvis avstämning är i sig inte något vi motsätter oss. Däremot måste det inom ramen för detta fungera med rutiner för redovisning och utbetalning av ersättningen och med balansering av kostnader mellan månader för att klara höga tillfälliga kostnader. Det riskerar annars leda till att seriösa och framförallt mindre aktörer slås ut. Inte minst verksamheter som drivs som brukarkooperativ och små företag riskerar att inte få kostnadstäckning. De kan i värsta fall tvingas lägga ner eller begränsa verksamheten. En utveckling mot färre utförare och minskad valfrihet är inte önskvärd. Ersättningen måste därför ta hänsyn till de fulla kostnaderna, oavsett driftsform och vidden av behov hos brukarna.

En kartläggning över de samlade samhällsekonomiska effekterna av insatserna inom LSS

Regeringen motiverar de striktare direktiven i regleringsbrevet till Försäkringskassan 2016 och till den pågående LSS-utredningen med att antalet timmar inom reformen hade ökat kraftigt. Det finns flera möjliga förklaringar till denna ökning. För det första medför intentionen med en rättighetslag som LSS en stor förändring av förutsättningarna jämfört med innan assistansreformen infördes. Före LSS-reformen var det ofta den kommunala budgetens utrymme, snarare än behovet hos den assistansberättigade, som styrde assistansens omfattning. Omfattningen av de insatser som utfördes av anhöriga före LSS, inte minst för barn med omfattande behov, underskattades i hög grad. Även befolkningsutvecklingen och utökningen av vilka som har rätt att ta del av personlig assistans har förändrats sedan införandet. En kostnadsökning kopplat till ett ökat antal timmar inom LSS-reformen innebär däremot inte per automatik att de totala samhällskostnaderna ökar. Detta eftersom assistansen kan ersätta andra insatser med tillhörande kostnader. Assistansen avlastar exempelvis anhöriga som i större omfattning kan förvärvsarbeta. Den anhöriges risk för sjukskrivning minskar också. Även den assistansberättigade själv kan i vissa fall förvärvsarbeta tack vare assistansen. Dessutom arbetar cirka 90 000 assistenter inom LSS-reformen. Socialstyrelsen har efter en gedigen kartläggning av kostnadsutvecklingen konstaterat att ”personlig assistans är en insats som i mycket hög grad bidrar till att personer med svåra funktionsnedsättningar kan vara aktiva och delaktiga i samhällslivet samt själva bestämma över sitt liv. Många stödbehov tillgodoses av personlig assistans och insatsen är på många sätt kostnadseffektiv jämfört med andra insatser. I vissa situationer kostar dock personlig assistans mer än andra insatser”.

Vi kristdemokrater anser att en kartläggning bör göras över de samlade samhällsekonomiska effekterna av insatserna inom LSS. Denna kartläggning bör titta på konsekvenserna för andra stödsystem för den enskilde och för dennes anhöriga vid beviljande eller avslag av insatser inom LSS samt hur det för den enskilde och dennes anhöriga påverkar arbetskraftsdeltagandet.

Statligt huvudmannaskap för assistansersättningen

Vi kristdemokrater vill införa ett statligt huvudmannaskap för assistansersättningen. Det skulle ge bättre möjligheter att säkerställa att alla får ett jämlikt stöd utifrån sina behov oavsett var i landet de bor. Idag riskerar personer i behov av assistans att förlora eller få minskat stöd om de flyttar från en kommun till en annan eftersom kommunerna gör olika bedömningar. Det hämmar självständigheten och möjligheten att leva som andra.

Aktivt arbete för att motverka fusk och brottslighet inom LSS

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

Tyvärr har uppmärksamheten kring fusk och brottslighet inom personlig assistans också påverkat allmänhetens inställning. Ett minskat förtroende för att skattepengarna verkligen går till att täcka faktiska behov riskerar att helt undergräva stödet för reformen som helhet. Enskilda personer med personlig assistans och assistansanordnare som har ärliga uppsåt riskerar dessutom att bli eller uppleva sig utpekade som brottslingar. Eller som en onödig belastning. Den brottslighet som finns utgör trots allt bara en mycket liten del och är verkligen inte en av huvudförklaringarna till de ökade kostnaderna inom LSS-reformen fram till november 2015.

Även under Kristdemokraternas tid i regeringsställning fanns skäl att arbeta för att kostnaderna inte skulle öka okontrollerat och att ökningarna motsvarade ett ökat behov som tillgodosågs. Vi fick då en del kritik för vissa av de åtgärder vi vidtog. Inte minst från den dåvarande oppositionen. Den politiska riktning med kraftiga nedskärningar som den avsatta rödgröna regeringen har drivit funktionshinderspolitiken i är dock i allra högsta grad både anmärkningsvärd och mycket oroväckande. Dåvarande finansminister Magdalena Andersson har genom upprepade uttalanden ställt kostnaderna för personlig assistans mot kostnader kopplade till människor som flyr för sina liv. Åsa Regnér, som var ansvarig minister fram till våren 2018, men även dåvarande statsminister Stefan Löfven, har ett flertal gånger upprepat att kostnader inom assistansersättningen är otillbörliga med hänvisning till fusk, reklam och sponsring. Den avsatta vänsterregeringen har dessutom genom förändringar av direktiven till Försäkringskassan påbörjat ett arbete för att kraftigt begränsa förutsättningarna för personlig assistans. Både signalvärdet i det som sägs från regeringen och de konkreta åtgärder de vidtar innebär kraftiga förändringar. Effekten för både personer med personlig assistans och de aktörer som utför assistansen är påtaglig.

Vi ska utveckla – inte avveckla – reformen

De direktiv som regeringen fastställt för den nu pågående Assistansutredningen är i övervägande grad i riktning mot sänkta kostnader (även tilläggsdirektivet om att inte överstiga dagens kostnadsläge är i sig en kraftig kostnadsminskning sedan 2016). LSS-utredningen kommer att presenteras den 10 januari 2019. Men enligt utredarens redovisning inför socialutskottet under hösten 2018 överväger utredningen bland annat

att barn under 16 år och personer med behov av stöd utifrån det femte grundläggande behovet inte längre ska vara berättigade till assistans. Socialstyrelsens rapport från december 2017 visar tydligt att barn och deras familjer är de som drabbas extra hårt när de förlorar rätten till assistans. Barnens självständighet minskar och livskvaliteten försämras. Föräldrar riskerar att inte mäkta med och syskon blir försummade. Vi är därför negativt inställda till ett förslag som skulle inskränka rätten till assistans för barn under 16 år. Vi befarar dessutom att många, framför allt mindre, kommuner kommer få svårt att hantera de ökade kostnader som den nya insats som utredningen överväger kommer medföra. Något som kan förutom mänskligt lidande kan medföra ökade samhällskostnader genom ökad sjukskrivning och minskad möjlighet att arbeta bland anhöriga. Angående hjälp utifrån det femte grundläggande behovet kan idag flera personer med exempelvis autism och utåtagerande beteende bo och leva ett självständigt liv tillsammans med sin familj eller i en egen lägenhet. Om bara praktisk hjälp ska ge rätt till personlig assistans ser vi en risk att många personer med psykisk funktionsnedsättning skulle förlora rätten till delaktighet och att kunna leva som andra. Vi kristdemokrater kommer därför inte ställa oss bakom något av dessa förslag som LSS-utredaren har uttalat att hon överväger.

Kristdemokrater vill utveckla LSS och vill utreda möjligheten att inkludera utövande av föräldraskap och att arbeta i de grundläggande behoven. Alla med behov av stödinsatser inom LSS kommer inte kunna bli föräldrar eller kunna arbeta, men för en del skulle det kunna vara möjligt. Att utövande av föräldraskap inte räknas som grundläggande behov, riskerar medföra att någon måste avstå från att vara förälder eller avstå från att vara fullt delaktig som förälder. Det är inte acceptabelt. På samma sätt menar vi att det inte är rimligt att en person som har arbetsförmåga, kanske till och med redan har ett arbete, hindras från att arbeta på grund av avsaknad av personlig assistans eller annan insats inom LSS, exempelvis ledsagning.

Det är påtagligt att den tidigare vänsterregeringens agerande och efterföljande nedskärningar sammantaget har skapat en mycket stor oro hos alla de som berörs. Den tidigare vänsterregeringen har dessutom förändrat förutsättningarna för funktionshindrade personer utan att det prövas av riksdagen. För att upprätthålla allmänhetens stöd för LSS även i tider då kostnaderna fortsätter att öka, krävs en öppen och ärlig debatt om hur reformen ska utvecklas. Det kan inte vara acceptabelt att lagliga rättigheter begränsas utan att det finns förankrade beslut i riksdagen om att så ska ske. Men precis detta är vad som pågår just nu.

För att säkerställa att de personer som har behov av personlig assistans får den hjälp de behöver för att klara sin vardag och för att höja schablonen för timersättningen med 2,2 procent föreslår Kristdemokraterna en förstärkning av anslaget med drygt 1,6 miljarder kronor 2019, 2,1 miljarder kronor 2020 och 2,7 miljarder kronor för år 2021. Vi avsätter därmed sammantaget 6,5 miljarder mer än övergångsregeringen under tre år till ändamålet.

4.2 Förbättrad samordning och kunskap kring regelverk för föräldrar till barn med funktionsnedsättning

Riksrevisionen konstaterade i en granskning från 2011 att det fanns samordningsproblem avseende stöden till barn och unga med funktionsnedsättning. Den dåvarande barn- och äldreministern, Maria Larsson, gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att analysera stödet och ge förslag på försöksverksamhet med samordnare.

Socialstyrelsen konstaterade också att det fanns en osäkerhet bland landstingen om vad insatsen rådgivning och stöd ska innehålla. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram en struktur för åiterrapportering av insatsen.

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

4.3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Sedan den 1 januari 2017 tillämpas ett reformerat bilstöd. Syftet med förändringarna har varit att bilstödet i högre grad ska gå till dem som har bristande ekonomiska förutsättningar vid inköp av bil och till dem som får extra kostnader för detta inköp och att göra bilstödet mer effektivt. Tidigare regelverk var utformat så att det, ur ett ekonomiskt perspektiv, var mer fördelaktigt för den försäkrade att få sin bil anpassad i efterhand i stället för att redan vid anskaffandet köpa en delvis anpassad bil även när sådan lämplig lösning fanns att tillgå. Följden var en onödig belastning av systemet för bilstöd. Regeringen valde att förena de nödvändiga förändringarna av bilstödet med en besparing. Detta är djupt olyckligt men tyvärr helt i linje med att regeringen på flera områden inom funktionshinderspolitiken väljer att rikta neddragningar mot de människor som har de största behoven.

Vår bedömning i samband med regeringens reformering av bilstödet var att den halvering av grundbidraget som infördes skulle komma att få stora konsekvenser. Något som i så fall drabbar de med störst behov av stöd. Det reformerade bilstödet har nu tillämpats i nio månader och signalerna från aktörer med kännedom om tillämpningen är att den nya tillämpningen har stora negativa konsekvenser för enskilda. Dels upplevs handläggningstiderna kraftigt ha förlängts och omfattningen av varje utredning uppges vara större för såväl myndigheterna som den sökande samt för de som ska utföra bilanpassningen. Dels påpekas att det förefaller som att de sökande i hög grad nekas anpassning av vad de anser vara lämplig fordonstyp och hänvisas till att köpa mycket stora och dyra fordon. Dessa signaler är oroväckande och regeringen bör därför snarast kartlägga effekterna av det reformerade bilstödet med avseende på målet att fler med bristande ekonomiska resurser ska ges möjlighet att ta del av stödet och därmed få ökad möjlighet till delaktighet i samhället. Vi välkomnar därför regeringens uppdrag till Försäkringskassan i juni 2018 med syfte att se hur lagstiftningen om bilstöd till personer med funktionsnedsättning fungerar och hur stödet kan förbättras. Även uppdraget till Trafikverket och Försäkringskassan att se över handläggningen av stödet är positivt. Vi kommer att följa utfallet av dessa uppdrag.

5 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.

5.1 Stärk socialekreterarens 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.

Socialekreterarens 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. Socialekreterarna 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.

5.2 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. Genom att underordna det nationella kompetenscentrum för ensamkommande som regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta under den nationella krissocialjouren kan vi säkerställa att kunskapen sprids till de kommunala socialtjänsterna. Då kan ändamålsenliga metoder komma alla barn till del, oavsett var i landet de blir placerade. Vi avsätter 25 miljoner per år 2019–2021 för att inrätta en nationell krissocialjour.

5.3 Lämpligt boende för ensamkommande och fler familjehem

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 välkommen. 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 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. Den nya reglerade formen av stödboende svarar också mot det faktiska behov som speglats av att flera kommuner redan använder boendeformer de benämner stödboende, men för vilka det tidigare inte har funnits någon reglering. 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 påfrestningen på socialtjänsten. Risken 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. Vi välkomnar den ökning av resurser som har givits till kommunerna för att klara detta och låter därför den tillfälliga övergångssatsningen för detta ändamål kvarstå även under 2019.

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. 15 miljoner kronor per år anslås 2019–2021 för dessa ändamål samt för att underlätta rekryteringen av familjehem.

5.4 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.

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 åk 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 rätt. 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 skydds nät 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 ungdomen 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 ändamålsenlig 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 överensstämna 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 fråntas 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 uppmärksamats att fel typ av nedläggning använts som riskerat att allvarligt skada barnet/ungdomen. Vi inser att det ibland behövs fysisk nedläggning för att i speciella situationer skydda såväl barnet/ungdomen 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.

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 bOLLAS 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 psykiatrin 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.

5.5 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 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.

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 2019–2021 (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.

5.6 Barn i ekonomisk utsatthet

Bostadsbidraget höjs för ekonomiskt utsatta barnfamiljer

Kristdemokraterna vill fortsätta att prioritera de familjer som lever i ekonomisk utsatthet. Bostadsbidraget är det familjepolitiska stöd som bäst når barnhushåll med låg ekonomisk standard. Av de barnfamiljer som under 2016 fick bostadsbidrag var en övervägande del, drygt 70 procent, ensamstående föräldrar.¹¹ Bostadsbidraget är alltså av särskilt stor betydelse för ensamstående föräldrar, som oftast är kvinnor. Dessa barnfamiljer lever under knappa ekonomiska omständigheter.

För att stärka ekonomin för de barnfamiljer som har den sämsta ekonomin och därmed öka deras marginaler vill vi höja det särskilda bidraget för hemmavarande barn med 350 kronor per månad för ett barn, 425 kronor per månad för två barn och 600 kronor per månad för tre eller fler barn. Det gynnar de som bäst behöver det. Genom förbättringarna i bostadsbidraget får familjer med lägre inkomster ett stöd ända tills barnen blir 18 år. Höjningen kommer även föräldrar till del som har växelvis boende för sina barn i och med det nya särskilda bostadsbidraget för växelvis boende. Kristdemokraterna avsätter 900 miljoner kronor för varje år 2019–2021 för detta ändamål.

Fritidspeng för barn i familjer med svag ekonomi

Cirka 7 procent av Sveriges barn bor i hushåll som får ekonomiskt bistånd. Statistiken visar även att barn och unga i ekonomiskt utsatta familjer är underrepresenterade i organiserade fritidsverksamheter. Därför är det viktigt att de får samma förutsättningar att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Vi anser precis som Rädda Barnen, Barnombudsmannen och andra remissinstanser att regeringens förslag om att ta bort fritidspengen var helt fel väg att gå. Kristdemokraterna vill återinföra denna satsning för att stärka möjligheten för barn i dessa familjer att få en aktiv fritid under hela året. Vi avsätter därför 200 miljoner kronor varje år 2019–2021 för att återinföra och utöka fritidspengen.

5.7 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.

¹¹ Budgetproposition 2017/18:1 utgiftsområde 12, sid. 25.

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. Vi är även positiva till att Försäkringskassan får ett utökat uppdrag att stödja 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 beslutades av riksdagen våren 2006 och trädde i kraft den 1 juli 2006. Syftet med ändringarna var framför allt att förstärka barnperspektivet i lagstiftningen. De innebar bl.a. att betydelsen av barnets bästa kommer till klarare uttryck i lagen och att barnets bästa ska vara avgörande för alla beslut om vårdnad, boende och umgänge. Socialnämnden och domstolen ska vid bedömningen av barnets bästa fästa särskild uppmärksamhet vid risken att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp eller att barnet 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.

Att antalet vårdnadsfall har ökat sedan 2006 är oroväckande eftersom barnen alltid är de som drabbas hårdast. Antalet vårdnadstvister som avgörs i domstol har i själva verket mer än fördubblats de senaste tio åren. Därför tillsatte alliansregeringen en utredning som skulle utvärdera 2006 års vårdnadsreform (dir. 2014:84). Utredningen *Se barnet!* (SOU 2017:6) presenterades i februari 2017 och kommer fram till att 2006 års vårdnadsreform i många avseenden har fallit väl ut. Barnrättsperspektivet har stärkts. Det finns samtidigt förbättringsområden. Det behövs en satsning på arbetet med att

förebygga föräldrars konflikter. Fokus i processen behöver flyttas från föräldrarnas konflikt till barnet och barnets rättigheter och behov.

Som ett steg i denna riktning vill Kristdemokraterna att barnens rättigheter i en vårdnadstvist stärks genom rätten till ett juridiskt ombud. Alla yrkesgrupper inom rättsväsendet som möter barn ska 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 isär. Enligt Socialstyrelsens statistik anmäler också en mycket hög andel av de ogifta föräldrarna att de vill ha gemensam vårdnad, även de som lever isär.

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

5.8 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.

6 Föräldrastöd

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

Familjesituationen har stor betydelse för människors välfärd, hälsa och trygghet. Konflikter i familjen påverkar barnens hälsa och därför är det viktigt med förebyggande åtgärder. 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 av 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. Vi vill därför öka tillgången till föräldrautbildning genom att göra det obligatoriskt för kommunerna att erbjuda två föräldrastödsprogram under barnets uppväxttid. Kristdemokraterna avsätter 176 miljoner kronor per år 2019–2021 för detta ändamål.

Folkhälsomyndighetens hälsoekonomiska beräkningar visar att det är kostnadseffektivt att satsa på föräldrastöd. Även studier som två nationalekonomer genomfört för "Idéer för livet" visar på de såväl mänskliga som ekonomiska fördelarna med att satsa på tidiga insatser, fasta prioriteringar, långsiktighet och strukturell samverkan för att barn inte ska hamna i utanförskap. Föräldrarna är i detta sammanhang centrala, enligt författarna.

Familjerådgivning och familjerådgivningscheckar

Kristdemokraterna medverkade under regeringstiden 1991–1994 till förstärkt familjerådgivning och numera är varje kommun skyldig att erbjuda familjerådgivning. Sedan 2004 har, enligt Socialstyrelsens statistik, antalet ärenden och besök till familjerådgivningen ökat med 19–21 procent. Under 2016 besökte drygt 64 000 personer den kommunala familjerådgivningen och nästan 46 000 barn berördes av ärenden som påbörjades under samma år. Nästan hälften av samtalen handlade om att lösa problem i parrelationen.

Grundtanken med familjerådgivning är att skapa en verksamhet med låga trösklar dit människor med förtroende och i skydd av en absolut sekretess kan vända sig med sina mest privata relationsproblem. Syftet är att bistå par så att de kan hantera sina konflikter, problem och krissituationer på sådant sätt att de vill fortsätta leva tillsammans. För 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. Den 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 2019–2021.

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. Som jämförelse kostar ett besök hos en specialistläkare mellan 200 och 400 kronor i de olika landstingen (SKL). Frågan bör utredas vidare.

Familjecentral och öppen förskola

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

Familjecentraler startas ofta i projektform. Med huvudmännens ansträngda ekonomi är framtiden oviss. Tyvärr skapar detta inte den långsiktighet som skulle behövas i verksamheten. Kristdemokraterna ser mycket positivt på familjecentralsverksamheten och ser gärna att minst en central med god tillgänglighet finns i varje kommun. Verksamheten startas utifrån ett behov och ur ett underifrånperspektiv. Statens uppgift bör dock vara att stå för en nationell uppföljning av verksamheten så att forskningen kan tillgodogöra sig de erfarenheter som görs i verksamheten och så att statistiskt material kan samlas och spridas. Staten bör också stå för stimulans till huvudmännen av

verksamheten, så att den kan permanentas och långsiktigt förbättra hälsoläget för barn och familjer samt förebygga att riskfaktorer löses ut.

Vi är också mycket positiva till att det finns en öppen förskola i anslutning till familjecentralen. Enligt Skolverkets statistik ingick 45 procent av de öppna förskolorna hösten 2017 i en familjecentral, vilket är mycket positivt. Samtidigt finns det flera orter där öppen förskoleverksamhet helt saknas eller inte räcker till för alla barn. Drygt var fjärde kommun saknar helt öppen förskola, enligt Skolverket. 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.

7 Anhörigvård

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

Dygnet runt, år ut och år in, görs vård- och omsorgsinsatser av anhöriga. Anhörigvårdarna avlastar stat, landsting och kommuner. 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.

8 Hemlöshet

Bland de ekonomiskt och socialt mest utsatta finns de hemlösa. Kristdemokraterna arbetade i regeringsställning 2006–2014 målmedvetet med att stärka kunskaperna om och hjälpinsatserna till hemlösa och de som ligger i riskzonen för hemlöshet. Bland annat har den hemlöshetssamordnare som utsågs av alliansregeringen arbetat för att främja ett mer aktivt arbete och sprida fungerande metoder mot hemlöshet i kommunerna. En slutsats från arbetet är att alla kommuner i vilka det finns hemlöshet bör arbeta utifrån modellen ”Bostad först”. Metoden utgår från att se bostaden som ett grundläggande behov för alla, oavsett problem som personen ifråga brottas med. Utifrån detta erbjuds personen frivilliga och individuellt anpassade stödåtgärder. Kristdemokraterna vill fortsätta arbetet mot hemlöshet. Inte minst måste vräkningar av barnfamiljer förebyggas så långt det går. Ytterligare åtgärder som bör vidtas är att ställa krav på de allmännyttiga bostadsbolagen att de avsätter 5 % av all nybyggnation för sociala ändamål. Dessa 5 % behöver inte nödvändigtvis vara i det nybyggda utan kan hämtas från det redan befintliga beståndet. Samma krav bör ställas på privata aktörer när de får tilldelning av kommunal mark. Detta handlingssätt skulle öka tillgången på sociala bostäder vilket idag är en verklig bristvara.

11 Tandvård för alla

Kristdemokraterna har länge arbetat för att förbättra tandvården. Tänderna är en del av kroppen och det ska inte vara plånboken som avgör om du har god tandhälsa eller inte. År 2008 genomförde Kristdemokraterna tillsammans med de övriga allianspartierna en stor tandvårdsreform. För alla som är under 20 år är tandvården helt gratis. För alla över 20 år infördes det ett allmänt tandvårdsbidrag tillsammans med ett högkostnadsskydd. Avsikten var att uppmuntra till att kontinuerligt undersöka tänderna och underlätta de ekonomiska konsekvenserna vid större ingrepp. År 2013 infördes ett tredje steg i tandvårdsreformen: ett extra stöd till personer som på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling har behov av extra stora insatser. Grunderna i reformen har varit bra. Däremot har reformen inte gett önskade effekter i form av ökad besöksfrekvens. Alltför många vuxna anger fortfarande att de avstår från tandvård på grund av kostnaderna.

Enligt Socialstyrelsen har tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats men det kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. För de grupper som har sämst tandhälsa – arbetslösa, personer med sjukpenning och utlandsfödda – är tandhälsan oförändrad eller försämrad jämfört med 2004. Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationssatsning kring tandvårdsförsäkringen. Vi ser även positivt på regeringens beslut att höja det allmänna tandvårdsbidraget. Tänderna är en del av kroppen och därför bör tandvården på längre sikt, när ekonomin tillåter, ingå i det högkostnadsskydd som finns för vanlig sjukvård. Ett steg mot detta vore att fortsätta att

sänka högkostnadsskyddet. Vi avser att återkomma med förslag inom detta område när den pågående utredningen om tandvården är klar.

Tandhälsan bland barn och unga

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fortsätter karies bland barn och unga att minska, förutom bland 6-åringarna. År 2015 hade 37 procent av alla 19-åringar inga kariesskador och detta är en förbättring jämfört med år 2010.

Enligt Socialstyrelsen grundläggs goda tandvårdsvanor i förskoleåldern.

Karies i mjölkttänderna medför en sämre prognos för munhälsa senare i barns och ungdomsåren. Det är därför avgörande för en vuxens tandhälsa hur tänderna sköts redan som litet barn. 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 22 år och från och med den 1 januari 2019 till och med 23 år. Kristdemokraterna delar inte uppfattningen att det främjar tandhälsan att erbjuda gratis tandvård högre upp i åldrarna för unga vuxna. Där kostnadsfriheten ökat 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.

10 Apotek och läkemedel

När vi kristdemokrater tog över ansvaret för apoteken 2006 så låg Sverige i OECD-området botten i fråga om antal apotek per invånare. År 2009 genomförde vi en omreglering av apoteksmarknaden. 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 2017 visar att antalet apotek har ökat från drygt 900 till ungefär 1 400 och att antalet apotek per 100 000 invånare har ökat från 9,9 till 13,9. Till det kan läggas att antalet söndagsöppna apotek har ökat från 154 till 526 stycken. Drygt 78 och 91 procent av befolkningen har idag mindre än fem, respektive tio, minuter till närmsta apotek räknat färdväg med bil enligt den sammanställning som görs av Tillväxtverket. Endast 0,4 procent av befolkningen har längre restid än 30 minuter. 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 gleset befolkade län. Kristdemokraterna vill säkra kvaliteten och tillgängligheten genom att slå vakt om och utveckla omregleringen av apoteken.

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

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 laborieverksamhet såsom allergitester, blodsockerkontroll och blodtrycksmätningar. För att upprätthålla samma kvalitetskrav på utförande och tolkning av laborieverksamheten på apotek som inom hälso- och sjukvården är det viktigt att laborieanalyserna 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 farmaceutföreskrivning. Farmaceutföreskrivning innebär att farmaceuter under strikta former och efter särskild utbildning kan förlänga vissa recept. Exempel på sådana läkemedel som kan ingå är p-piller, insulin, behandling av KOL och läkemedel mot högt blodtryck. Detta är ett system som är på väg att införas i Danmark och fördelarna med farmaceutföreskrivning bör utredas även i Sverige.

Ökad tillgänglighet av 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 av 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 av 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 av 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 till regeringen att återkomma till riksdagen med ett förslag om att även läkemedel som kräver kyl- eller frysförvaring bör omfattas av returrätten. Vi kommer följa upp frågan och säkerställa att regeringen återkommer med förslag till riksdagen.

12 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 tidigare i år (2018) och förväntas presenteras i maj 2019. Kristdemokraterna kommer nogsamt följa arbetet med denna angelägna fråga.

9 Alkohol, tobak och narkotika

ANDT-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 den nivån. Detta lyfts fram i utvärderingsdelen i regeringens skrivelse för den nya strategin men när det kommer till målformuleringarna så saknas det. I den nya skrivelsen kan vi istället läsa: ”Till skillnad från de andra substanserna är alkohol accepterat som en del av vår kultur och därför tar det övergripande målet fasta just på att minska de medicinska och sociala skadorna orsakade av alkohol.” Totalkonsumtionen har försvunnit som mål; de återfinns varken i de specifika målformuleringarna eller i 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.

Alkohol

Alkoholkonsumtion bland ungdomar

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 2017 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 74 % 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 på 80-talet när ca 80 % av ungdomar 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. Stad – Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem är en nationellt ledande aktör inom folkhälsoförebyggande insatser genom exempelvis utbildningsinsatser till personal som arbetar inom restaurangbranschen, ungdomsmottagningar eller socialtjänst. Dessvärre når utbildningarna ofta inte ut till hela landet. Det är därför avgörande att framgångsrika utbildnings- och folkhälsofrämjande projekt förvaltas och implementeras i samhället på lämpligt sätt inom ramen för Folkhälsomyndighetens verksamhet.

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. Därför är det för oss kristdemokrater viktigt att stå upp för en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik som syftar till ett samhälle med måttfulla alkoholvanor. Vi värnar därför Systembolagets monopol samt en aktiv prispolitik som via punktskatter gör alkohol dyrare än andra drycker. Alkoholmonopolet och de relativt höga skatterna på alkohol är de viktigaste inslagen i Sveriges restriktiva alkoholpolitik. Kristdemokraterna höjer liksom regeringen skatten på alkohol.

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

Tobaksanvändning bland ungdomar

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rapport från 2017 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 än pojkar 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, 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. 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 högre nivå jämfört med startåret. I årets undersökning svarade 35 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna i årskurs 9 att de någon gång använt e-cigarett. Motsvarande siffror för gymnasiet var 43 respektive 34 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 röktaobak införs. Ungdomsmottagningarna har ett högt förtroende när det gäller informationsinsatser riktade till ungdomar och är därmed viktiga också i folkhälsoarbetet.

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 Läke medelsverket 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 narkotikorna.

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

riskan 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 anser också att det är angeläget 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. Arbetet som nu pågår bör fullföljas så att läkemedlet så snart som möjligt finns tillgängligt för exempelvis anhöriga och de professioner som skulle kunna göra den livräddande insatsen.

Missbruks- och beroendevård

Som nämnts tidigare i motionen har Kristdemokraterna landat i ställningstagandet att ansvaret för missbruks- och beroendevården bör överföras på hälso- och sjukvården som ensam huvudman.

14 Folkhälsofrågor

Förvaltning och implementering av framgångsrika folkhälsofrämjande projekt

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

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

Alliansregeringen gjorde satsningar på bland annat hälsocoacher och läkemedelsgenomgångar. Det finns också goda exempel på landsting som erbjuder hälsosamtal och därmed ger människor bättre förutsättningar att känna delaktighet och motivation att vid behov ändra sina levnadsvanor. Men det finns fortfarande stora hälsovinster att göra genom mer 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. En kristdemokratisk folkhälspolitik syftar till att stödja den enskilde att göra hälsosamma val. Många hälsoproblem beror på alkohol, tobak och övervikt. Genom tidig upptäckt och personanpassade behandlingsupplägg kan många folkhälsoproblem förebyggas. En fortsatt restriktiv alkoholpolitik och förebyggande arbete i frågor om rökning är i detta sammanhang viktigt.

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 omsorganalys rapport Bäddat för utveckling för att skapa en långsiktigt hållbar utveckling av projekten.

Nationell strategi för astma och allergi

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

13 Medicinsk-etiska frågor

Nej till dödshjälp

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

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

Men de allra flesta tycker att det är självklart att samhället så långt som möjligt ska verka för att förebygga självmord. Det är på detta det offentliga resurser av naturliga skäl inriktas. Risker 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 i sjukvården och anhänga till last.

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

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

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

Om dödshjälp tillåts, riskerar förtroendet för sjukvården att undergrävas. Handikapporganisationer möter redan idag personer som upplevt hur behandling av

akuta sjukdomstillstånd och livsnödvändiga åtgärder har ifrågasatts eftersom de redan har en omfattande funktionsnedsättning.

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

Att inte acceptera dödshjälp innebär inte att ställa sig likgiltig inför svårt lidande eller att tvinga människor till en meningslös livsuppehållande behandling. Att till exempel ge en döende patient smärtstillande preparat är inte dödshjälp även om det, som en konsekvens, i vissa fall kan förkorta livet. Det är däremot dödshjälp om syftet är att förkorta patientens liv. Den skarpa linjen för vad som är försvarbart går mellan situationer där det är sjukdomen eller skadan i kroppen som är orsaken till döden och situationer där det skulle vara vårdens insats som syftar till att avsluta livet i förtid. När det gäller den svåra frågan om när livsuppehållande behandling ska avslutas gav Utredningen om sjukvård i livets slutskede redan på 1970-talet följande riktlinjer som vi fortfarande tycker är tillämpbara:

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

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

Ett etiskt regelverk vars praktiska konsekvenser tar sig sådana uttryck som de 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 dör.

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

känna en trygghet även inför döendet. Ett värdigt sätt att ta avsked av livet är således en livskvalitetsfråga för alla. Därför måste vi våga tala om och lyfta fram vikten av ett gott avsked av livet.

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, landsting och regioner ska finnas tydliga överenskommelser om hur den palliativa vården ska utformas. Överenskommelserna ska även innefatta en tydlig ansvars- och uppdragsfördelning.

Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet

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

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

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

Hospice – hemlik vård i livets slutskede

Hospice är en hemlik form av vård i livets slutskede där fokus sätts på helhetsvård där inte bara de fysiska behoven beaktas utan även de psykiska, sociala och andliga

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

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

Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

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

Donation av befruktade ägg

Sedan 1985 är det i Sverige tillåtet med spermadonation och sedan 2003 även med äggdonation. Efter den 1 januari 2019 kommer det även vara tillåtet att donera befruktade ägg. Med andra ord kommer kravet på att det blivande barnet ska ha en genetisk koppling till minst en förälder vid IVF-behandling tas bort. Det är inte oproblematiskt utifrån rätten att, så långt det är möjligt, få vetskap om och möjlighet att bli omvårdad av sina föräldrar, men samtidigt kommer ändringen sannolikt innebära att redan befruktade ägg inte destrueras. Således främjar ändringen livet vilket är ett bärande skäl för att – under vissa omständigheter – tillåta donation av befruktade ägg, även kallat embryooption, även om det innebär att barnet kommer att sakna genetisk koppling till föräldrarna.

Eftersom främjandet av livet är ett bärande skäl för att tillåta embryooption behöver avvägningen göras vilken konsekvensen skulle komma att bli om det tillåts utan att också tillåta samtidig donation av såväl ägg som spermier. Barnet skulle även i dessa situationer komma att sakna genetisk koppling till båda föräldrarna. Vid embryooption uppvägs detta av principen om att främja livet. Detta argument finns inte i situationen då ingen befruktning ännu skett.

Vår bedömning är dock att om lagstiftningen medgav embryooption men inte samtidig donation av ägg och spermier i de fall embryon från IVF-behandlingar inte finns att tillgå – så är risken överhängande att fler ägg skulle komma att befruktas för att åstadkomma ett överskott av donerade befruktade ägg. Det vill säga motsatsen till det som skulle kunna uppnås genom tillåtande av embryooption. De eventuella nackdelar som kan komma av att barn växer upp med biologisk men inte genetisk koppling till någon av sina föräldrar ska därmed ställas mot att än fler livsdugliga befruktade ägg skulle riskera att förstöras. Värnandet av livet blir i denna avvägning det överordnade. Kristdemokraterna accepterar därmed även samtidig donation av såväl ägg som spermier i de fall befintliga embryon inte finns att tillgå.

Det är viktigt att det fortsatt tillämpas restriktivitet vad gäller antal ägg som befruktas för att undvika att redan befruktade ägg destrueras. För att ytterligare undvika att livsdugliga befruktade ägg förstörs ska principen vara att i de situationer då det är fråga om att samtidigt använda både donerade ägg och spermier ska redan befruktade livsdugliga ägg tillgängliga för donation primärt användas. Det innebär att samtidig donation av ägg och spermier enbart ska komma ifråga då embryon inte finns att tillgå. Livet kan då främjas genom att inte ytterligare befruktning sker och undvika att redan befruktade ägg destrueras. Detta bör ges regeringen tillkänna.

För att tillåta användandet av donerade könsceller bör principen vara att det finns medicinska orsaker till barnlösheten. Det är av stor vikt att donerade könsceller inte tillåts att användas i syfte att eftersträva vissa egenskaper hos barnet. Vi ser därför positivt på att särskild bedömning ska göras om en känd donator föreslås och att det företrädesvis är vårdgivaren som utser donator utifrån medicinska kriterier. Syftet med att tillåta donation av befruktade eller obefruktade könsceller är att avhjälpa barnlöshet, inte att främja eller hindra vissa genetiska egenskaper. En glidning mot det senare skulle riskera upprätthållandet av synen på alla människors lika och okränkbara människovärde. Att säkerställa att någon sådan glidning inte sker bör noga följas. Detta bör ges regeringen tillkänna.

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. Kristdemokraterna bedömer därmed att den försiktighet som inneburit att det hittills har krävts genetisk koppling till minst en förälder under vissa omständigheter inte längre kan anses vara nödvändig, och vår hållning liknar därför regeringens bedömning (prop. 2017/18:155) i denna del. Det är dock angeläget att situationen för barnen som tillkommer under dessa premisser fortsatt följs.

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 tillstyrker därför regeringens förslag (prop. 2017/18:155) om att barnet, när det uppnått tillräcklig mognad, ska ha rätt att från sina föräldrar få kännedom om att det tillkommit genom assisterad befruktning. Vi tillstyrker även förslaget att barnet har 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. Barnet riskerar trots allt att dras in i konflikter mellan de tänkta föräldrarna och surrogatmodern. 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 industri kring surrogatmödraskap. I Indien har det länge varit en väg för fattiga kvinnor att få en inkomst. Ersättningar som innebär att surrogatmödrskapet blir ett alternativt sätt att tjäna pengar. Att bära ett barn i nio månader, med alla de medicinska risker det innebär, för att sedan lämna barnet ifrån sig är en inhuman hantering av föräldraskap och av barns rätt till sina föräldrar. Efter uppmärksammade fall, bland annat rapportering om att surrogatmodrar avlidit som en följd av graviditeten eller förlossningen, så har lagstiftningen i Indien stramats åt. Detta ledde till ökning av antalet som vände sig till andra länder för surrogatarrangemang, bland annat till Thailand. Även där har lagstiftningen stramats åt efter medialt uppmärksammade fall, inte minst ett där surrogatarrangemanget ledde till en 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 surrogatmamman barnet i nio månader. Erfarenheten visar att gravida ofta utvecklar ett mycket starkt band till fostret som kan vara svårt att bryta. Gravitet och förlossning kan dessutom orsaka komplikationer, vilket gör att surrogatmamman 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.

Abort

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

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, över hälften före vecka 7. 5,4 procent genomfördes efter vecka 12 och vecka 18 och 1 procent efter vecka 18. Under 2016 bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd 540 ansökningar av abort efter vecka 18. Av dessa ansågs 525 ha synnerliga skäl och ansökan om abort beviljades. 2015 påbörjades 142 aborter i vecka 21.¹²

Trots att vår lagstiftning tar fasta på fostrets möjlighet att överleva vittnar vårdpersonal om att det ändå förekommer att aborter görs i ett så sent skede att lagen riskerar att överträdas eller till och med överträds. Enligt Socialstyrelsens rättsliga råd står det klart att en abort ska vara avslutad före ingången i vecka 22. Delar av professionen gör dock en annan tolkning av när en abort ska vara avslutad. Som lagstiftare är det vår uppgift att också följa att våra lagar efterlevs. Det är välkommet att frågan diskuteras ute i verksamheterna men det är också ytterst angeläget att säkerställa att inga ändringar görs i riktning mot att 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

¹² I den statistik som publiceras av Socialstyrelsen framgår inte hur många aborter som genomförs i vecka 21. Den siffra som uppges för 2015 kommer från Socialstyrelsen enligt uppgift i SVT.

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:

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

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

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

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

Sjukvårdspersonalen kan möta svåra etiska dilemman när de i sin yrkesutövning ska utföra uppgifter som strider mot deras egna etiska principer. Om vårdpersonal av samvetsskäl inte förmår medverka vid något ingrepp i vården så är det en situation som ska lösas på arbetsplatsen. Abort skulle kunna vara en sådan men det kan också finnas andra situationer eftersom vården inte sällan möter svåra frågor kring liv och död. Kristdemokraterna vill inte införa någon lagstiftning 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 och landsting medverkar till att skapa förutsättningar för att anställda med svåra samvetsbetänkligheter inte tvingas att delta. Detta förekommer redan i vården utan att kollegor eller patienter blir lidande. Arbetet som exempelvis barnmorska innefattar många olika arbetsuppgifter. En stor arbetsgivare kan därför organisera arbetet så att det går att tillgodose medarbetarnas önskan att inte medverka vid vissa typer av ingrepp och de kan i stället ta ett större ansvar i andra svåra delar av arbetet. Det är viktigt att poängtera att utgångspunkten för arbetsgivaren alltid måste vara hälso- och sjukvårdslagen. Den står givetvis över personalpolicyn.

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

Regeringen 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.

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 medmänsklighet, 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 fosterselektion.

Kristdemokraterna vill inte medverka till ett samhälle där staten sanktionerar att personer sorteras ut med hänsyn till särskilda egenskaper, avvikelser, sjukdomar eller handikapp av samma anledning som vi inte vill ha ett samhälle där personer sorteras bort på grund av exempelvis kön eller ras. Fosterdiagnostik ska därför i huvudsak användas i livets tjänst, inte för att förhindra att barn med oönskade egenskaper föds. Den typ av fosterdiagnostik som tillämpas idag är i huvudsak inriktad på att bedöma sannolikheten för, eller fastställa, kromosomavvikelser. Den vanligaste kromosomavvikelsen innebär att barnet föds med Downs syndrom. I relation till många andra funktionshinder kan Downs syndrom betraktas som en relativt lindrig avvikelse. Anledningen till att barn med just Downs syndrom med hjälp av modern fosterdiagnostik selekteras bort 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 om att vårt samhälle ska vara ett välkomnande 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.

15 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 välfärdsverksamhet, men vinstutdelning i kombination med stora kvalitetsbrister skapar trovärdighetsproblem och ska inte förekomma.

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

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

Ofta saknas kapital utifrån som kan användas för investeringar i fastigheter, inventarier eller infrastruktur. Oavsett om det är en församling, en lokal förening eller en regional gren av en större organisation skulle de vara förtjänta av att få stöd att driva och utveckla sin verksamhet. Det offentliga måste tydligare inse det mervärde av 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 150 miljoner kronor för detta ändamål för 2019. 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

marknadsmislyckande 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 landsting 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.¹³ 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 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 landsting) 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.¹⁴

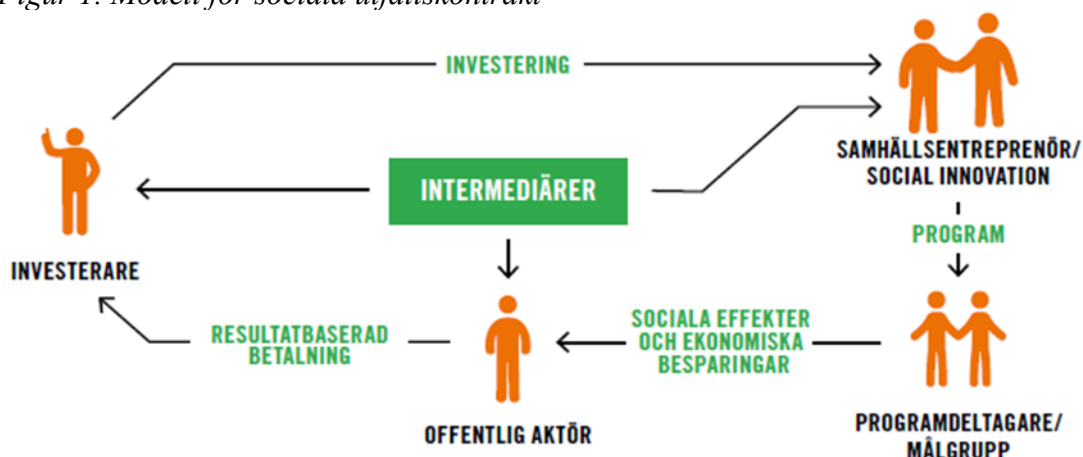
Många kommuner använder sig i dag av sociala investeringsfonder för att använda riktade pengar till projekt av socialt förbättrande karaktär. Lågt räknat har var femte kommun, två landsting och två regioner hittills infört sociala investeringsfonder som

¹³ Nilsson, Wadeskog, Hök, Sanandaji N: Utanförskapets pris. Studentlitteratur.

¹⁴ Heckman och Carneiro: Human Capital Policy, 2003.

främst är avsedda för projekt inom skola, socialtjänst och arbetsmarknad – några kommuner fokuserar även på folkhälsa och kultur/fritid.¹⁵ 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.¹⁶

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 tänker genomföras baseras på forskning och kunskap om målgruppen. Utifrån det har kommunen tagit fram ett åtgärds paket och parametrar 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.¹⁷

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 landsting främst efterfrågar är kunskap kring

¹⁵ Lars Hultkrantz: Sociala investeringsfonder i Sverige – fakta och lärdomar. SNS förlag.

¹⁶ Norrköpings kommun, Leksell Social Ventures, SKL Uppdrag Psykisk Hälsa och Health Navigator: http://www.norrkoping.se/organisation/ekonomi/social-investeringsfond/Sveriges_forsta_utfallskontrakt.pdf.

¹⁷ Ibid.

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 utfallskontrakt samt 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 i 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.

16 Flera missriktade satsningar från regeringen

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

Vad gäller regeringens införande av gratis läkemedel till barn så varnade vi liksom flera remissinstanser för att det skulle riskera att öka läkemedelskonsumtionen bland

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

Vi motsätter oss även regeringens satsning med 300 miljoner per år till kommunerna för kostnadsfri simundervisning eftersom säkerställande av barnens simkunnighet redan ingår i skolans uppdrag. För att förbättra möjligheterna till fysisk aktivitet inom skolans verksamhet utökar vi därför antalet idrottstimmar inom grundskolan med 200 timmar upp till totalt 700 timmar. För att utöka och förbättra möjligheterna till simundervisning på idrottstimmarna avsätter vi 50 miljoner kronor inom utgiftsområde 25 för detta ändamål. Det är viktigt att sådan simundervisning inte slår ut befintlig ideellt anordnad simskola utan är ett komplement.

Kristdemokraterna är positiva till att på olika sätt få fler kvinnor att delta i mammografi eftersom detta ökar benägenheten att tidigt upptäcka bröstcancer och därmed minska dödligheten. På samma sätt är vi positiva till att fler deltar i screeningprogram för cellprovtagning för att upptäcka livmoderhalscancer. En del i att uppnå hög grad av deltagande är att se till att avgiften är låg. Redan idag är avgiften till mammografi starkt subventionerad och i flera landsting är den kostnadsfri och samma sak gäller för cellprovtagning. Det finns dock inget som direkt styrker antagandet att kvinnor väljer bort mammografi eller cellprovtagning på grund av avgiften. Stockholms läns landsting, som sedan 2012 har avgiftsfri mammografi, konstaterar i sin folkhälsorapport från 2015 att andelen som insjuknar i bröstcancer under det senaste halvseklet har ökat och att vissa sociala skillnader ses i överlevnad. I rapporten konstateras: ”En förklaring kan också vara kvarstående sociala skillnader i deltagande i mammografiscreening – trots att Stockholms läns landsting infört avgiftsfria undersökningar.” Detta visar att det finns andra mer angelägna åtgärder som måste vidtas för att nå grupper som kanske tvekar att gå på mammografiundersökningar och cellprovtagning. Att så ensidigt satsa medlen på att ta bort avgiften riskerar att tränga undan andra viktiga åtgärder för att nå de grupper som i lägre utsträckning följer screeningprogrammen. För att minska den ojämlika hälsan måste vi i högre grad prioritera de grupper som idag har störst risk att dö i förtid av dessa sjukdomar. Vi föreslår därför att de medel som regeringen avsätter till att ta bort avgiften för screening för livmoderhalscancer istället används till riktade insatser för att öka deltagandet i screeningprogrammen i de grupper där det är lägst i mammografi och cellprovtagning.

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

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

Den socialdemokratiskt ledda regeringen som tillträdde 2014 har valt att stoppa flera av alliansregeringens viktiga förändringar inom vård och omsorg. Satsningen på regionala cancercentrum (RCC) avslutas från 2019. Kömiljarden avskaffades, prestationsbaserade ersättningar till vården och omsorgen togs bort, valfriheten hotas nu och den viktiga utredningen om framtidens äldreomsorg lades ned. Enstaka nya utredningar och förslag har tillkommit men de större nödvändiga reformerna lyser fortfarande med sin frånvaro. Medel som tilldelas landstingen helt utan krav på motprestation, uppföljning eller utvärdering har ersatt alliansregeringens prestationsbaserade ersättningsystem, likt kömiljarden, som bevisligen hade en positiv effekt på vårdgarantin och väntetiden inom vården. Kristdemokraterna säger nej till regeringens kravlösa satsningar som de kallar patient- och professionsmiljarder då dessa representerar en oansvarsfull hantering av våra gemensamma resurser eftersom de inte har tillräckliga effekter på vårdens kvalitet och tillgänglighet. Med anledning av övergångsbudgetens prolongering minskar anslag 1:6 med 141 miljoner kronor per år.

Ebba Busch Thor (KD)

Andreas Carlson (KD)

Lars Adaktusson (KD)

Acko Ankarberg Johansson (KD)

Michael Anefur (KD)

Jakob Forssmed (KD)

Camilla Brodin (KD)

Mikael Oscarsson (KD)

Pia Steensland (KD)