

Motion till riksdagen 2021/22:4168

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

En hälso- och sjukvård att lita på

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Förslag till riksdagsbeslut..... | 4 |
| Inledning..... | 8 |
| Kristdemokraternas grundsyn..... | 9 |
| En hälso- och sjukvård att lita på | 9 |
| Vård efter behov | 10 |
| Århundredets sjukvårdsreform | 11 |
| Självstyrande regioner med ökad statlig styrning är en dålig idé | 13 |
| Primärvårdens förutsättningar och organisatoriska hemvist | 14 |
| Åtgärder i närtid..... | 16 |
| Inrätta en nationell vårdförmedling..... | 16 |
| Öka antalet vårdplatser..... | 17 |
| Bygg ut primärvården genom fler medarbetare | 18 |
| Kartlägg vårdens administrativa börda | 19 |
| Personcentrering centralt i en god nära vård | 19 |
| Återinför patientansvarig läkare och ett tak för antalet listade patienter | 20 |
| Utveckla 1177 och få en fungerande triagering..... | 20 |
| Förstärkt hälsofrämjande arbete genom primärvården | 21 |
| Rehabilitering | 22 |
| Hjälpmedel – en nödvändighet för många..... | 23 |
| En reformerad och utökad kömiljard..... | 23 |
| Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp..... | 24 |
| Regionala cancercentrum (RCC) och den nationella cancerstrategin | 24 |
| Kvinnors hälsa | 25 |
| Nationell uppföljning av vården ur ett jämställdhetsperspektiv | 25 |

| | |
|--|----|
| Skillnader mellan kvinnors och mäns symptom och sjukdomsförlopp | 25 |
| Forskning och kunskap om kvinnors sjukdomar | 26 |
| Förbättra vården för endometriospatienter | 26 |
| Bättre vård vid klimakteriebesvär | 26 |
| Tidiga och förebyggande insatser mot cancer | 27 |
| Utrota livmoderhalscancer – fler bör vaccineras och screening utökas | 27 |
| Att nå kvinnor som inte går på mammografi | 27 |
| Föreskrivning av antidepressiva läkemedel till seniora kvinnor | 28 |
| En ny sjukskrivningsmiljard..... | 28 |
| Tryggare förlossningsvård och eftervård..... | 30 |
| Nationellt ansvarstagande för förlossningsvården – mål och kompetenscentrum..... | 30 |
| Ökad bemanning inom förlossningsvården..... | 31 |
| Ett barnmorsketeam genom hela vårdkedjan | 31 |
| Förebyggande av förlossningsskador | 31 |
| Eftervård med hembesök | 32 |
| En mamma-rehab-check | 32 |
| Patienthotell inför stundande förlossning | 32 |
| Samtalsstöd | 32 |
| Tillgång till digitala barnmorskor och stöd för en hälsosam graviditet | 33 |
| Nationell process för nya investeringar | 33 |
| Pandemins sjukdomar | 34 |
| Allergistrategi | 35 |
| Lipödem | 35 |
| Obesitas..... | 36 |
| ME/CFS | 36 |
| Sällsynta sjukdomar..... | 36 |
| Hjärnhälsa – samlad plan..... | 37 |
| Digitalisering inom hälso- och sjukvården..... | 37 |
| Precisionsmedicin..... | 38 |
| Spetspatienter | 39 |
| Bättre förutsättningar för vårdpersonal | 40 |
| Lagstadgad rätt till fortbildning | 41 |
| Tillsyn av arbetsmiljön i vården | 42 |
| Tandvård..... | 42 |
| Tandhälsan bland barn och unga | 43 |
| Klagomål och brister inom tandvården..... | 44 |
| Förstärkning av patientlagen avseende tandvård | 45 |
| Tandvården i spåren av corona | 46 |

| | |
|--|----|
| Organdonation | 46 |
| Statens medicinsk-etiska råd Smer | 47 |
| Nej till dödshjälp | 47 |
| Värdig vård i livets slutskede | 49 |
| Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?..... | 49 |
| Palliativ medicin – en egen medicinsk specialitet | 49 |
| Hospice – hemlik vård i livets slutskede | 50 |
| Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning | 50 |
| Assisterad befruktning | 51 |
| Mer forskning om barnen | 52 |
| Surrogatmödraskap..... | 52 |
| Abort..... | 53 |
| Ungdomsmottagningar och preventivmedel..... | 55 |
| Fosterdiagnostik | 55 |
| Etiska dilemman för personal i vården..... | 57 |
| Mångfald av utövare..... | 58 |
| Generell tillståndsplikt..... | 59 |
| Inför en rimlig kostnad för tillståndsprövning hos Ivo | 60 |
| Etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare | 60 |
| Fond för idéburen vård och omsorg | 61 |
| Inspektionen för vård och omsorg | 63 |

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att hälso- och sjukvården ska organiseras med människors behov i fokus och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten ska ha huvudansvar för hälso- och sjukvården, en reform med såväl centralisering som decentralisering, och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett nationellt ramverk för ersättnings- och avgiftssystem som stöder behovsstyrd vård och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta en nationell vårdförmedling och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att staten tar ansvar för att tillsammans med SKR upprätta en databas för den nationella vårdförmedling där tillgänglig kapacitet synliggörs för patienterna och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att pröva en modell med en prestationsbaserad ersättning för att skapa tillräckligt med vårdplatser inom sjukhusvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kraftigt förstärkt vårdgaranti och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin ska omfatta patientens hela vårdförlopp och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till en fast läkarkontakt och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att patientens ställning behöver tydliggöras och förstärkas och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas för att se över hur patientlagen kan stärkas och på vilka andra sätt patientens inflytande kan utvecklas och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av fler allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården och tillkännager detta för regeringen.
13. 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.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om uppföljning av primärvårdsreformerna och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kartläggning och åtgärdsplan för att komma till rätta med vårdpersonalens administrativa börda och tillkännager detta för regeringen.
16. 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.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att återinföra patientansvarig läkare (PAL) och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om 1177 och förstärkt sjukvårdsrådgivning och tillkännager detta för regeringen.

19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkt hälsofrämjande arbete inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att teambaserade och strukturerade rehabiliteringsinsatser finns tillgängliga i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör tas fram nationella riktlinjer för att skapa förutsättningar för en jämlik kvalitet på rehabiliteringen i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp rehabilitering och hjälpmedel i syfte att utvärdera effekterna av insatserna i regionerna och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att en utredning bör se över hjälpmedelsförsörjningen och se helheten för den som behöver hjälpmedel och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppdatera och förbättra kömiljarden och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regionala cancercentrum (RCC), rehabiliterande insatser och sena effekter och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över den samlade kunskapsstyrningen och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder för att utrota livmoderhalscancer inom fem år och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kvinnor över 64 år också ska erbjudas screening för cellprov och HPV-test och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa ett kompetenscentrum och nationella mål för förlossnings- och eftervården och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en ny sjukskrivningsmiljard och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för att förebygga förlossningsskador och tillkännager detta för regeringen.
33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om eftervård med hembesök samt en mamma-rehab-check och tillkännager detta för regeringen.
34. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka bemanningen inom förlossningsvården och tillkännager detta för regeringen.
35. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fast barnmorska genom hela vårdkedjan och tillkännager detta för regeringen.
36. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om betald vidareutbildning för sjuksköterskor till barnmorskor och tillkännager detta för regeringen.
37. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om patienthotell inför förlossningen och tillkännager detta för regeringen.
38. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om samtalsstöd och tillkännager detta för regeringen.

39. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om informationsinsatser för att främja screening och tillkännager detta för regeringen.
40. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell process för planering och investeringar i nya sjukhusbyggnader och tillkännager detta för regeringen.
41. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa god vård i hela landet för dem som drabbats av pandemins sjukdomar och tillkännager detta för regeringen.
42. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en allergistrategi och tillkännager detta för regeringen.
43. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra kunskapen om lipödem och tillkännager detta för regeringen.
44. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att följa upp de kommande nationella riktlinjerna för obesitas så att de implementeras i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
45. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om insatser i syfte att ge ME/CFS-drabbade en god vård och tillkännager detta för regeringen.
46. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en strategi för sällsynta sjukdomar och hälsotillstånd och tillkännager detta för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sjukdomar och tillstånd kopplade till hjärnan bör stärkas genom en samlad plan där också det bredare samhällsperspektivet ingår och tillkännager detta för regeringen.
48. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om digitalisering inom vården och tillkännager detta för regeringen.
49. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skyndsamt säkerställa att nationella standarder och terminologi för all digital information inom hälso- och sjukvården införs i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
50. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tydligare patientperspektiv i kvalitetsregistren och tillkännager detta för regeringen.
51. 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.
52. 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.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrad arbetsmiljö och minskad administration för vårdpersonal och tillkännager detta för regeringen.
54. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fler utbildningsplatser för vårdirken och tillkännager detta för regeringen.
55. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda ett statligt stöd för förbättrade anställningsvillkor för sjuksköterskor och läkare i glesbygd och på landsbygd och tillkännager detta för regeringen.
56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätt till kontinuerlig fortbildning av god kvalitet för all legitimerad personal och tillkännager detta för regeringen.
57. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om spetspatienter och tillkännager detta för regeringen.

58. 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.
59. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tandhälsan hos 6-åringar och 19-åringar och tillkännager detta för regeringen.
60. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om avgiftsfri tandvård upp till 20 år och tillkännager detta för regeringen.
61. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stärkt patientsäkerhet i tandvården och tillkännager detta för regeringen.
62. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkning av patientlagen i syfte att ge tillräcklig information och dokumentation av samtycke inom tandvården och tillkännager detta för regeringen.
63. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stöd till privattandvården i spåren av coronapandemin och tillkännager detta för regeringen.
64. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av skyndsamt förbättrade möjligheter till organdonation och tillkännager detta för regeringen.
65. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillföra större ekonomiska resurser till Smer och tillkännager detta för regeringen.
66. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om dödshjälp och tillkännager detta för regeringen.
67. 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.
68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hospis och tillkännager detta för regeringen.
69. 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 tillkännager detta för regeringen.
70. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av abortförebyggande arbete och tillkännager detta för regeringen.
71. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa upprätthållandet av gränsen för sena aborter och tillkännager detta för regeringen.
72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fosterdiagnostik och genetiska rådgivare och tillkännager detta för regeringen.
73. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att skyndsamt utreda behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år och tillkännager detta för regeringen.
74. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fördelarna med en mångfald av aktörer inom välfärdssektorn och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av generell tillståndsplikt och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast reducera kostnaden för tillståndsprövning hos Ivo och tillkännager detta för regeringen.
77. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en etisk plattform för privata och offentliga vårdgivare och tillkännager detta för regeringen.
78. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en fond för idéburen vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.

79. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om Inspektionen för vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.

Inledning

Det kan inte nog betonas att personalen inom hälso- och sjukvården har genomfört fantastiska insatser under pandemin som följde av covid-19-viruset. Genom tydligt ledarskap på golvet ställdes verksamheten om runt om i landet för att det skulle finnas så många intensivvårdsplatser som det behövdes. Samtidigt befinner sig hälso- och sjukvården i en mycket besvärlig situation. Pandemin har medfört konsekvenser som kommer påverka patienter och personal under lång tid framöver. Vårdgarantin anger 90 dagar som gräns efter en medicinsk bedömning. Men tillgängligheten till vården har fortsatt sjunka och alltför många människor får vänta mer än 90 dagar på operation eller besök hos specialist. I augusti 2021 var det 180 000 patienter som väntat olagligt länge på beslutad operation eller första besök hos specialist. Belastningen på hälso- och sjukvården har varit enorm och konsekvenserna för patienterna och vårdens medarbetare går ännu inte att överblicka. Samtidigt måste det understrykas att de brister i tillgänglighet vi ser nu också fanns tidigare. Alltsedan 2014, när den dåvarande alliansregeringen med Kristdemokraterna i ledningen på Socialdepartementet förlorade makten till Socialdemokraterna, har köerna ökat kraftigt i förhållande till vårdgarantin. Att vårdköerna har blivit ett normaltillstånd kan därför inte skyllas på pandemin. Kristdemokraterna menar att de långa vårdköerna beror på att det finns för få vårdplatser i kombination med kompetensbrist och bristande nationell ledning.

I det akuta läge som vi befinner oss i nu menar Kristdemokraterna att det först och främst är den uppskjutna vården som måste hanteras. Vi lämnar därför förslag på hur vi menar att den uppkomna situationen kan hanteras bäst. Parallellt med det akuta arbetet med den uppskjutna vården behöver erfarenheterna från pandemin tas tillvara. Kristdemokraterna föreslog tidigt under pandemin att en kommission behövdes och regeringen har sedan tillsatt en sådan vilket är positivt. De brister i beredskap som synliggjorts behöver tas om hand så att vi står bättre rustade framåt. De positiva effekter som uppkommit inom vården måste också tas tillvara, exempelvis den kraft som synliggjordes när medarbetarna själva snabbt styrde om och möjliggjorde en fördubbling av antalet intensivvårdsplatser. Vidare har vissa administrativa rutiner förenklats eller tagits bort. En återgång till tidigare rutiner bör därför inte ske om hälso- och sjukvården utförs mer ändamålsenligt utan dem.

Kristdemokraterna anser att staten ska få huvudansvaret för hälso- och sjukvården så att det ges bättre förutsättningar för en jämlik vård. Dagens uppdelning i 21 regioner fungerar dåligt. Vid sidan av ett statligt huvudansvar måste reformen för en god nära vård genomföras sammanhållet och långsiktigt. Rätt till en fast läkarkontakt med en namngiven läkare ska vara basen i hälso- och sjukvården. Förlossningsvården måste stärkas och en fungerande eftervård måste möjliggöras i hela landet.

Regeringens budgetproposition för 2022 lämnar förslag för att säkerställa fortsatta vaccinationer mot covid-19, smittspårning osv för att klara pandemins senare del. I övrigt ger regeringen dock få besked kring hur vi ska klara den uppskjutna vården och de vårdköer som bitit sig fast och numera upplevs som ett normaltillstånd. Vidare är det

få besked om primärvårdens reella utbyggnad, och besked kring hur förutsättningarna för precisionsmedicin ska säkras lyser helt med sin frånvaro från regeringens sida.

I denna motion redovisas Kristdemokraternas syn på hälso- och sjukvården. Vidare presenterar vi särskilda motioner om äldreomsorg, psykisk hälsa, folkhälsa, ANDTS, läkemedel och apotek, funktionshinderspolitik respektive socialtjänst inom utgiftsområde 9. Kristdemokraternas sammantagna satsningar och besparingar på utgiftsområde 9 återfinns i en separat motion.

Kristdemokraternas grundsyn

Kristdemokraternas politik utgår från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och den som har störst behov ska ges företräde i vården. Hälso- och sjukvården ska kännetecknas av värdighet, kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet.

Myten om den perfekta människan som ideal och norm riskerar att bli ett hot mot viktiga värden som delaktighet och solidaritet. Politiken måste förankras i en människosyn som både tillmäter människan ett absolut och okränkbart värde och erkänner att alla människor är olika med olika begåvning, intressen och förutsättningar. Den judisk-kristna människosynen uppfyller dessa krav. 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 bäst av att utvecklas i naturliga gemenskaper, som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet. Gemenskaper som inte påtvingas utan uppstår av sig själva. När sjukdom drabbar oss blir ofta behoven större än vad den enskilda människan och familjen mäktar med. Överordnade gemenskaper har då en skyldighet att gå in, hjälpa och stödja med en kunskapsbaserad och gemensamt finansierad hälso- och sjukvård samtidigt som den sjuke ska tillförsäkras delaktighet under vårdtiden.

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg är därför nödvändig. Såväl enskilda patienter/brukare som patient- och intresseorganisationer kan bidra till att vi hittar de bästa metoderna för personcentrerad vård och omsorg. Därför behöver det fortsatta arbetet mer påtagligt inkludera patienter och brukare. Rätten att bestämma över sin vardag upphör inte vid en viss ålder. En åsrikt 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.

En hälso- och sjukvård att lita på

En av de viktigaste principerna för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska få vård på lika villkor. Svensk hälso- och sjukvård håller en mycket hög medicinsk kvalitet, i många fall rankad i världsklass. Samtidigt har den svenska hälso- och

sjukvården stora och tilltagande problem. Det finns oacceptabla skillnader i medicinska resultat och kvalitet. Vårdköerna växer.

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

Hälsofrämjande insatser måste utvecklas. Varje person har ett eget ansvar, men flera samhällssektorer måste bidra för att alla människor ska ha en god psykisk hälsa och för att preventiva insatser ska fungera. Det är många människor som berättar om att de mår dåligt, de har inte en god psykisk hälsa. En del drabbas av depression och ångest, andra är drabbade av svår kronisk sjukdom som påtagligt försämrar deras psykiska hälsa och livskvalitet. Det innebär att hälso- och sjukvården måste klara både det breda hälsofrämjande uppdraget och att ge vård till dem som lider av svåra kroniska sjukdomar, såväl psykiska som somatiska.

Vård efter behov

Hälso- och sjukvården ska organiseras med människors behov i fokus. Det är vård på lika villkor och efter behov som är grunden för hela den svenska hälso- och sjukvården.

Patienternas behov ser olika ut. En del patienter söker vård för en specifik åkomma eller besvär. De efterfrågar en specifik funktion som möter deras behov just då. Andras behov handlar mer om relation. Deras behov av hälso- och sjukvård innebär att en relation med vården över tid är nödvändig, kanske därför att man lever med en kronisk sjukdom eller har flera sjukdomar och är vad som ofta kallas multisjuk. Eller så kanske man nyligen har inlett en behandling som kommer pågå under lång tid. En behandling som kommer kräva många olika insatser och som kanske ska samordnas mellan olika vårdinstanser.

Vi behöver en organisation som klarar både funktion och relation för patienten. En hälso- och sjukvård som i grunden behöver bygga på behovet av relation eftersom de mest vårdbehövande patienterna behöver upprepad vård över tid. För dessa patienter är en fast läkarkontakt och en god kontinuitet nödvändigt. Men en effektiv och ändamålsenlig vårdorganisation måste också klara av att möta behovet hos de patienter som enbart söker en specifik funktion vid det enstaka tillfället. Det är utifrån detta perspektiv som nya lösningar har växt fram under de senaste åren. Det är den goda nära vården. Det är digitala lösningar. Det är samverkan kring svårt sjuka personer. Under pandemin har inte minst samverkan mellan olika aktörer satts på prov och stärkts.

Ett system som bygger på vård efter behov på lika villkor, och till hela befolkningen, kräver att en behovsbedömning görs. Att en vårdsökande person i ett första skede möter någon form av bedömning av vårdbehovet, så kallad triagering, är därför rimligt. Det innebär att jag som vårdsökande inte har direkt tillgång till vilken vård som helst. Detta dels därför att resurserna är begränsade, dels därför att behovsstyrning kräver något slags bedömning.

För att patienten ska förstå vilken vårdnivå som är den bästa behövs mer tid då patient och vårdpersonal hinner samtala om patientens behov. En alltför snävt tilltagen tid för besöket gör att missförstånd kan uppstå och risken finns att patienten söker vård igen inom kort. Ska vården bli effektiv måste det finnas tid att fråga: Är det något mer du vill ta upp? Och läkaren eller sjuksköterskan måste ha tid att vänta på patientens svar.

En vård som bygger på både funktion och relation kräver också ersättnings- och avgiftssystem som hänger ihop. Systemen måste stödja en behovsstyrd vård. Ersättnings- och avgiftssystem måste också klara patienternas förändrade sökmönster, utvecklingen inom den goda nära vården liksom såväl fysiska som digitala vårdmöten.

Århundradets sjukvårdsreform

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 regioner. Idén skulle framstå som helt ologisk. Verkligheten har helt enkelt sprungit ifrån en uppsplittrad organisation. Kristdemokraterna har därför sedan flera år föreslagit att staten ska ta över huvudansvaret för sjukvården. Pandemin har också synliggjort de behov som finns av att nationellt kunna samordna och leda under en kris.

Dagens sjukvårdsorganisation dras med en lång rad problem. Det mest grundläggande problemet är att en modern, högkvalitativ och jämlik sjukvård är oändligt mycket mer komplex och kostsam att åstadkomma än den sjukvård som historiskt har bedrivits av regionerna (tidigare landstingen). För att bedriva dagens avancerade sjukvård rationellt och med hög kvalitet krävs ett betydligt större befolkningsunderlag än det som finns i de enskilda svenska regionerna. Den medicinska och tekniska utvecklingen har helt enkelt sprungit ifrån dagens organisationsmodell där 21 självstyrande regioner beslutar om, finansierar och utför sjukvården.

Som kristdemokrater är vi förankrade i idén om subsidiaritet – att beslut ska fattas på lägsta möjliga ändamålsenliga nivå. Det kan därför tyckas förvånande att Kristdemokraterna samtidigt är de starkaste förespråkarna för ett centraliserat beslutsfattande rörande hälso- och sjukvården. Men det står helt klart för oss att dagens sjukvårdsorganisation inte är ändamålsenlig. Alltför många av de problem som sjukvården står inför är redan nu alltför stora för enskilda regioner att hantera – ännu mer så i framtiden. Detta skapar en situation där patienterna i slutänden inte får en så god vård som annars hade varit möjligt och där den vård som erbjuds därtill är ojämnt fördelad mellan invånarna.

Vad som kan anses vara en ”god vård” är inte närmare preciserat i de lagar som styr sjukvårdshuvudmännen. Begreppet lämnar ett mycket stort tolkningsutrymme. Det är visserligen tydligt att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men kan det anses vara ”god vård” när patienten på grund av långa väntetider får vänta åtta månader på en dokumenterat nödvändig operation? Är det ”god vård” när patienter förskrivs läkemedel med dokumenterat sämre effekt men lägre pris, trots att bättre alternativ finns tillgängliga? Är det ”god vård” när vårdgivare vägrar att utföra flera moment vid ett och samma besök och istället ber patienten komma tillbaka vid ett senare tillfälle eftersom vårdgivaren då får mer ersättning?

Återkommande visar det sig även att vården inte är jämlik. Såväl kvalitet som tillgänglighet varierar kraftigt över landet. Detta är inte förvånande med tanke på att vården idag utförs av 21 olika huvudmän med sinsemellan väldigt olika förutsättningar, något som inte minst Coronakommissionen har understrukt. Inom cancervården påverkas till exempel vården av bostadsort, och antal dagar mellan remiss och behandlingsstart skiljer sig åt i olika regioner. Dessutom skiljer sig Sveriges regioner åt vad gäller tillgång till olika cancerbehandlingar. Alla vårdgivare och huvudmän bär ansvar för att ge en god vård. Men ingen har något utpekat och samlat ansvar för att vården också ska vara jämlik.

Hälso- och sjukvårdslagens målsättning är god vård på lika villkor för hela befolkningen. Den svenska sjukvården står inför mycket betydande utmaningar. Befolkningen har vuxit snabbt samtidigt som andelen äldre i behov av vård ökar. Dessutom innebär den medicinska utvecklingen att utbudet av vård och möjligheten att behandla, bota och lindra ständigt förbättras. Diagnoser som för något årtionde sedan innebar en säker död kan i många fall framgångsrikt behandlas tack vare nya forskningsgenombrott, avancerade läkemedelsterapier och modern medicinsk teknik. Sjukvården blir alltmer kunskapsintensiv, specialiserad och tekniskt avancerad.

För att kunna bedriva denna komplexa och specialiserade verksamhet på ett ändamålsenligt sätt krävs stora patientunderlag, stora ekonomiska resurser och stark förmåga att attrahera högt efterfrågad kvalificerad kompetens. Detta innebär i sin tur att mindre regioner, med svagare skattekraft, mindre befolkningsunderlag och lägre attraktionskraft, får allt svårare att upprätthålla god kvalitet och acceptabel tillgänglighet i vården.

Trots regionernas beskattningsrätt och trots det kommunala utjämningsystemet krävs i allt högre grad statliga insatser för att säkerställa att regionerna har förutsättningar att leva upp till lagens krav. Den decentraliserade sjukvårdsorganisationens finansiella och medicinska resultat upprätthålls redan idag i hög grad genom statliga stöd.

Befolkningsprognoser från bland annat Statistiska centralbyrån och Arbetsförmedlingen pekar på att denna utveckling snarare kommer att accelerera än avmattas. Fram till år 2030 kommer försörjningsbördan öka i landet som helhet. Färre ska försörja fler. Detta är bekymmersamt i sig. Men utvecklingen av skattekraften är därtill mycket ojämnt fördelad över landet. I storstadsregionerna, som redan ligger i topp avseende andel invånare i arbetsför ålder, kommer andelen enligt prognoserna att öka ytterligare medan andelen arbetsföra väntas minska i nära nog samtliga glesbefolkade regioner. Vidare innebär befolkningsprognoserna att antalet personer som förväntas behöva vård kraftigt ökar samtidigt som utbudet av arbetskraft till sjukvården minskar i förhållande till vårdbehoven.

Sammantaget står sjukvården inför en situation där vare sig tillgången på ekonomiska resurser eller kompetent personal kommer att vara tillräcklig utan radikalt förändrade arbetssätt och ett mer effektivt nyttjande av de samlade sjukvårdsresurserna. För att klara den nödvändiga omställningen krävs en organisation med stark utvecklingskraft och brett mandat att genomföra nödvändiga strukturella förändringar. I en sådan organisation är det vår uppfattning att staten, inte regionerna, ska utgöra grunden för sjukvården.

Självstyrande regioner med ökad statlig styrning är en dålig idé

Flera riksdagspartier anser idag att hälso- och sjukvården behöver mer av statlig styrning inom olika områden men uttrycker samtidigt att de vill bibehålla dagens ordning med 21 självstyrande regioner med beskattningsrätt. Det är en dålig kombination menar Kristdemokraterna. De uppgifter som ges till kommuner och regioner ska vara kopplade till ett stort mått av handlingsutrymme och beskattningsrätten som huvudsaklig finansiering.

Behovet av att samordna vården och ge förutsättningar för en mer jämlik vård har ökat. För att försöka lösa detta har regionernas ansvar för hälso- och sjukvården blivit rejält beskuret under en lång tid, genom att Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Det senaste decenniet har fler nationella styrformer tillkommit. Den nationella cancerstrategin har medfört en starkare och mer sammanhållen utveckling av cancervården. Den högspecialiserade vården prövas i en gemensam nämnd i syfte att få den bästa vården för patienterna. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomför ett brett arbete med att ta fram nationella program för olika delar av hälso- och sjukvården. Inom de flesta av vårdens professionsföreningar finns dessutom ett mångårigt och kunnigt arbete för att stärka vårdens kvalitet.

Inte minst under pandemin har den statliga styrningen ökat. Men det har skett genom den sämsta metoden: bibehållet formellt självstyre och statlig styrning i form av en mängd uppdrag till myndigheter och styrning genom destinerade statsbidrag. Resultatet är en svårgenomtränglig massa av styrning på flera nivåer. Det försvårar för professionen och det ger allt mindre utrymme till regionpolitikerna samtidigt som regeringen knappast kan styra vården.

Såväl före som under pandemin har den statliga styrningen ökat därför att det är en nödvändighet för att få en mer jämlik vård. Detta sker samtidigt som det regionala självstyret och beskattningsrätten ligger kvar hos de 21 regionerna. Detta är ett mischmasch som måste bort. Lösningen är inte att återgå till fullt regionalt självstyre. Istället bör den regionala beskattningsnivån och den direktvalda regionala styrningen av vården tas bort för att forma en ny och mer ändamålsenlig organisation som innebär såväl centralisering som decentralisering.

Underlag för utredning om ny vårdorganisation

En bättre styrning av hälso- och sjukvården bör ta utgångspunkt i att staten styr där det är ändamålsenligt och att verksamheterna därefter har ett bredare utrymme än idag att forma verksamheten i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Det är en reform med såväl centralisering som decentralisering. För att detta ska vara möjligt bör ansvaret för sjukvården överflyttas från regionerna till staten. Dock behövs fortsatt en regional organisation för planering och huvudmannaskap för offentligt driven sjukvård i respektive region samt upphandling och avtal med fristående utförare av sjukvård. De sex sjukvårdsområdena ska utgöra geografisk struktur för de nya, statligt organiserade sjukvårdsområdena. Den politiska mellannivån av direktvalda politiker tas bort och de nya sjukvårdsområdena leds av professionella styrelser.

Utredningens huvudsakliga uppdrag är därför att analysera och lämna förslag på hur en övergång till en sjukvårdsorganisation med statligt huvudmannaskap, statlig finansiering och regionala utförarorganisationer geografiskt baserade på dagens sex sjukvårdsområden kan genomföras utan onödigt dröjsmål. Den nya organisationen ska ge förutsättningar för en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård till hela

befolkningen. I uppdraget ingår även att utreda den framtida organisationen av den tandvård som idag bedrivs av regionerna i enlighet med tandvårdslagen. Utredningen ska med detta som utgångspunkt analysera och föreslå en finansieringsmodell där staten tar över finansieringen av sjukvården, konsekvenser och därav nödvändiga förändringar i utjämningsystemet samt konsekvenserna av att staten tar över det arbetsgivaransvar som idag åvilar de offentliga huvudmännen i sjukvården. Utredningen ska även analysera och lägga förslag som tydliggör ansvaret för de fastigheter och den vårdinfrastruktur som regionerna äger idag.

Primärvårdens förutsättningar och organisatoriska hemvist

Hälso- och sjukvårdsdebatten har präglats starkt av ambitionen 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. Belastningen på primärvården har inte stått i proportion till resurserna, och tilliten till primärvården påverkas. Det måste ändras.

En välfungerande primärvård utgör basen för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Det visar forskning och internationella erfarenheter. Genom att patienter har en fast namngiven läkarkontakt ges förutsättningar för en god relation som främjar patientsäkerhet, samordning och personcentrering. Enkelt uttryckt så fungerar hela vårdkedjan bättre när allmänmedicinska specialistläkare¹ och patienter känner varandra. Men Sverige har en underdimensionerad primärvård jämfört med andra jämförbara länder om man ser till antalet allmänläkare per invånare, men även uttryckt i antal allmänläkare i förhållande till det totala antalet praktiserande läkare. Uppgifter i övrigt saknas, men det finns anledning att tro att detsamma gäller för övriga yrkesgrupper. En tredjedel av patienterna uppger att de har en fast läkarkontakt, men tillgången till en fast läkarkontakt ökar inte trots att patienter efterfrågar detta.

Primärvården är en grundsten i den goda nära vården och måste alltså vara föremål för en långsiktig reform om den ska kunna fylla den platsen. Den goda nära vården omfattar dock många fler aktörer än regionernas primärvård. Den kommunala hälso- och sjukvården behöver särskilt nämnas i det sammanhanget. Idag utför kommunerna ca 25–30 procent av den totala hälso- och sjukvården. De når många människor som behöver såväl kvalificerade som enklare insatser. Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är och kommer fortsatt vara en viktig del i verksamheten för såväl kommuner som regioner. Vidare utvecklas kontinuerligt den mobila vården med väldigt gott resultat.

För att komma tillrätta med bristerna i primärvården behövs ett antal nationella beslut. Ersättningssystemen behöver vara likvärdiga, bygga på behovsstyrd vård och styra mot en samordnad personcentrerad vård. Avgiftssystemet likaså. En utbyggd primärvård styrs också genom nationella beslut om patientens rätt till en fast, namngiven läkarkontakt och rätt att sätta tak för hur många patienter man kan ha. Då ges såväl distriktsläkare som distriktssköterskor en arbetsmiljö som är mer attraktiv och hållbar än idag. Vidare bör primärvårdens uppdrag och målsättningar regleras nationellt och resurssättas utifrån det. På så sätt kan primärvården utvecklas efter de lokala och regionala förutsättningar som råder utan detaljstyrning av hur det ska ske. Resurserna

¹ Begreppet allmänläkare används ofta i debatten. Men det är mer korrekt med specialist i allmänmedicin och dessa arbetar oftast som distriktsläkare. Vi använder i denna motion oftast benämningen allmänläkare.

ges från den nationella nivån till de sex sjukvårdsområdena för primärvård, tandvård, mobil vård och slutenvård. Sjukvårdsområdena beslutar sen om fördelning av resurser inom sitt område.

Personer med kroniska sjukdomar uppskattas stå för 80–85 procent av sjukvårdens samlade kostnader. Omkring halva befolkningen har minst en kronisk sjukdom och cirka 25 procent har fler än en sjukdom. En stor andel av dessa patienter är äldre. Ett framtida svenskt sjukvårdssystem måste utformas så att vården och samordningen av insatserna för personer med kroniska sjukdomar förbättras. För detta krävs en kombination av åtgärder. En av dessa handlar om att samarbetet mellan kommuner och sjukvårdsområden måste stärkas rörande patienter som får kommunala vårdinsatser, främst inom äldreomsorgen. I många jämförbara länder, däribland det så kallade fastläkar-systemet i Norge, organiseras primärvården av kommunerna vilket ger förutsättningar för ett sömlöst och smidigt arbete runt patienten.

För kroniskt sjuka och äldre med återkommande medicinska behov kan detta vara en fördel då omsorgsgivare och bassjukvården har samma huvudman. Ändå överväger nackdelarna med att överflytta ansvaret för primärvården till kommunerna, dels för att många kommuner är små, dels för att en kommunalisering kan antas göra tjänsterna mindre attraktiva för läkare. Risken finns att detta skulle förvärra, snarare än lösa, de problem som redan finns inom primärvården. Med beaktande av detta ska utredningen lämna förslag på hur primärvården kan stärkas permanent inom ramen för en ny organisering av sjukvården.

Vi kristdemokrater drar därför slutsatsen att framväxten av en god nära vård måste vara långsiktig, ha ett brett politiskt stöd och omfatta all hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, och kommer kräva fler medarbetare. Den nationella styrningen är nödvändig för att alla delar av vården i samtliga regioner ska färdas åt samma håll. Den nationella styrningen ska innehålla de beslut som är nödvändiga på statlig nivå och avstå från det som bättre styrs regionalt och lokalt. Beslut har tagits om primärvårdens uppdrag, men det saknas beslut om fast läkarkontakt, rätt att sätta tak för hur många patienter en läkare kan ha listade och resurser så att fler distriktsläkare och distriktssköterskor kan anställas i den omfattning som krävs. De överenskommelser som regeringen gjort med SKR är försiktiga och ger inte den styrning eller de resurser som krävs för att basen i den goda nära vården ska fungera.

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 att via ramlagstiftning uteslutande definiera åtagande och ansvar. Det måste finnas en reell beredskap och kapacitet att ompröva både uppdraget och resurser, professionella normer och kostnadsansvar. Samtidigt som nationellt grundåtagande preciseras måste det finnas möjlighet till ett delvis annat ökat åtagande för exempelvis 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.

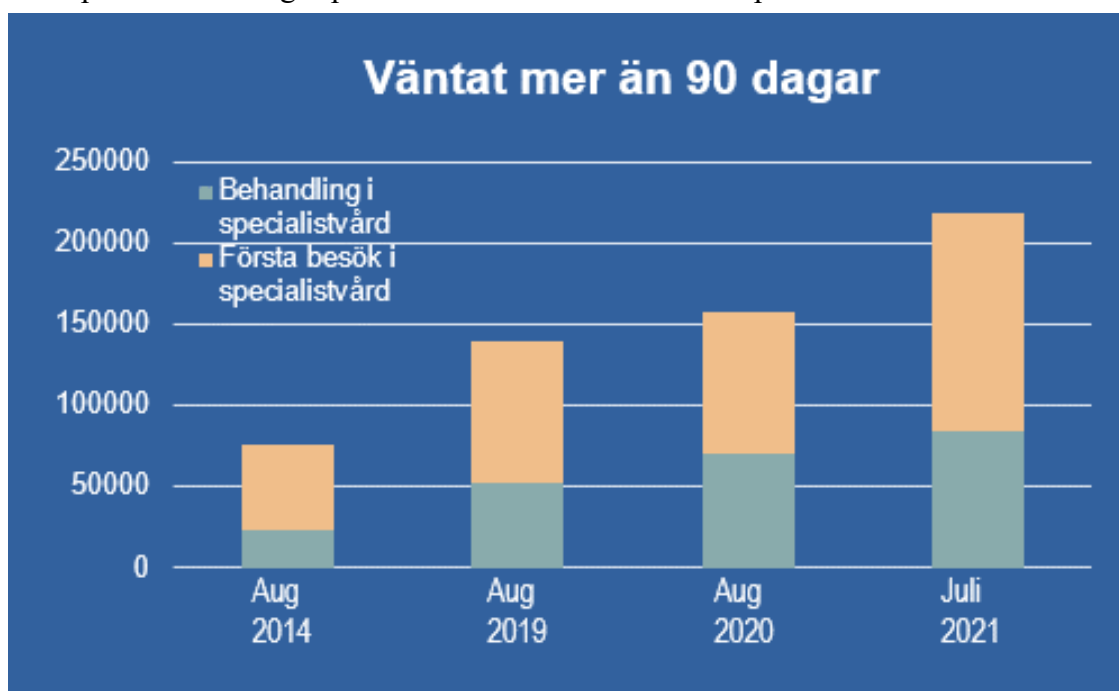
Det är viktigt att det nationella åtagandet möjliggör en uppgiftsväxling i primärvården, så att besök hos annan vårdpersonal – som exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer – kan ersätta läkarbesök där så är lämpligt. Slutligen krävs ett ordnat och effektivt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

och sjukvården ska bygga på behovsprincipen, men rapporter visar att den styrningen är svag och måste stärkas.

Åtgärder i närtid

Inrätta en nationell vårdförmedling

I budgetpropositionen vill regeringen göra gällande att det är pandemin som är orsaken till de långa vårdköerna. Men detta påstående stämmer inte. Redan före pandemin fanns patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på en operation eller på ett besök hos specialist, med andra ord patienter som väntat olagligt länge på vård. I augusti 2021 hade 180 000 väntat mer än vårdgarantins 90 dagar. En situation som redan då var oacceptabel för Sveriges patienter har blivit än värre efter pandemin.



Köerna har bitit sig fast och plågar såväl patienter som personal. Patienter som fått en medicinsk bedömning och behöver en operation eller besök hos specialist ska inte behöva vänta på vård. Konsekvensen blir fortsatt eller ökad smärta och besvär. Många tvingas till sjukskrivning i väntan på behandling. Det påverkar livskvaliteten för enskilda och det påverkar såväl patienter som samhälle i ett ekonomiskt perspektiv. Utöver de rent mänskliga konsekvenserna får vårdköerna även negativa ekonomiska konsekvenser för både individ och samhälle.

Vårdköer är inte en naturlag. När en patient fått en medicinsk bedömning så ska också nästa åtgärd ges inom den tid som bedöms rimlig ur ett medicinskt perspektiv. Vårdköer riskerar att försämra hälsan för den enskilda patienten, men de medför också en etisk stress hos vårdpersonalen när de inte kan ge vård i tid.

Samtidigt som vi har vårdköer har vi ledig kapacitet eller outnyttjad möjlighet att bygga ut kapacitet inom vissa delar av sjukvården. Det är både privata och offentliga utförare som har möjlighet att göra mer. Tyvärr stoppas merparten av dessa på grund av att regionerna inte sluter avtal med dem eller sätter volymtak i avtalen med regioner och vårdgivare. Dessutom vet många patienter inte om att patientlagen ger möjlighet att

söka öppenvård i hela landet. Att utnyttja möjligheten att söka vård i annan region är inget som vare sig uppmuntras eller görs med enkelhet.

Kristdemokraternas uppfattning är att staten inte kan acceptera en situation där vården kostar allt mer för skattebetalarna och där väntetiderna blir allt längre och därtill är extremt ojämlika över landet. Idag varierar kötiderna för behandling eller operation för olika diagnoser kraftigt mellan olika regioner, ibland i sådan utsträckning att möjligheten att överleva exempelvis cancer är större i vissa regioner än i andra. Därför måste all tillgänglig vårdkapacitet frigöras för patienterna. Detta kan ske genom att patientens möjligheter att få vård hos andra vårdgivare – som har ledig kapacitet eller kan bygga ut sin kapacitet – kraftigt förstärks.

Patienter ska ges rätt att söka vård där ledig kapacitet finns. En nationell vårdförmedling ska upprättas för att använda tillgänglig kapacitet till de patienter som väntat olagligt länge. Staten sänder ut förfrågan om ledig kapacitet, och de tak som finns ska tas bort. En sammanställning över tillgänglig vård ska upprättas och den som väntat mer än 90 dagar på operation eller besök hos specialist kontaktas av vårdförmedlingen om möjlig plats. Det bör även upprättas nationella väntelistor till behandlingar som kan komma att ha allra längst vårdköer och där patienterna riskerar att fara illa av väntetiderna. På det sättet kan en nationell vårdförmedling bidra till kortare vårdköer och göra det utifrån behovsprincipen. Samtidigt skapas förutsättningar att använda ledig kapacitet och inte minst bygga ut möjlig kapacitet.

Kristdemokraterna föreslår att staten avsätter särskilda medel för att finansiera detta. Samverkansavtal skrivs med landets regioner, och en eller flera regioner sluter avtal med den utförare (privata och offentliga) som meddelar att de har ledig kapacitet. Staten finansierar den vård som ges genom den nationella vårdförmedlingen med 2 miljarder kronor under 2022 och 2023.

Staten tar ansvar för en bred informationskampanj där patienterna informeras om rätten att söka vård i hela landet. Vidare tar staten ansvar för att tillsammans med SKR upprätta en databas för den nationella vårdförmedlingen där tillgänglig kapacitet synliggörs för patienterna. Den statliga Tillgänglighetsdelegationen föreslår en liknande funktion i sitt delbetänkande i juni 2021.

Öka antalet vårdplatser

Vi har en brist på vårdplatser. Sverige ligger i botten i hur man än jämför med andra europeiska länder: 2018 hade Sverige 2 vårdplatser per 1 000 invånare. Det är lägst antal vårdplatser i hela EU. Vi har få vårdplatser och det påverkar givetvis tillgängligheten och ytterst vårdkvaliteten. Det är inget mål i sig att ha många vårdplatser. När dagkirurgi är ett bättre alternativ än inläggning ska det givetvis användas. Men ständig brist på vårdplatser leder till att patienterna inte får den vård de behöver och patientsäkerheten äventyras.

Under många år har många av Sveriges sjukhus haft närmast konstanta överbeläggningar, vilket innebär att patienter kan vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning. Det kan handla om att patienter vårdas i korridorer eller utlokalisering på en avdelning som saknar rätt medicinsk kompetens. Överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar patientsäkerheten och ökar risken för vårdskador men ställer även vårdpersonalen inför svåra etiska problem när de ska välja ut vilka patienter som ska placeras var. Den situation runt överbeläggningar

som tidigare ansågs vara en sommarkris har blivit ett slags normaltillstånd, vilket gjorde att utgångsläget var tufft när pandemin slog till med kraft.

Effekterna av pandemin visar att personalen och vårdgivare snabbt kan ställa om och skapa de vårdplatser som är nödvändiga. Den kraften bör användas även tiden efter pandemin. Kristdemokraterna föreslår därför att regionerna får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 85 procents beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje region/sjukhus på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Oftast är det fler sjuksköterskor som behövs för att kunna öppna fler vårdplatser. Det innebär att ersättningen för tillräckligt antal vårdplatser i stor utsträckning behöver användas för att minska kompetensbristen och bli en attraktiv arbetsgivare – en modell som vi anser bör prövas på några sjukhus i landet genom en försöksverksamhet. När vårdplatserna efter en tid byggts ut så kan den prestationsbaserade ersättningen överföras till generellt stöd.

Vi anslår 1 miljard för detta inom utgiftsområde 9 i ett första steg med start 2024. Reformen behöver utredas på lämpligt sätt så att den leder till en ökning av antalet vårdplatser utifrån hälso- och sjukvårdens behov i hela landet. Genom att använda tillgänglig kapacitet på ett mer aktivt sätt kan den uppskjutna vården och de långa vårdköerna kapas. Därefter måste den långsiktiga reformen för fler vårdplatser genomföras.

Bygg ut primärvården genom fler medarbetare

En välfungerande primärvård utgör basen för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Det visar forskning och internationell erfarenhet. Genom att patienter har en fast namngiven läkarkontakt ges förutsättningar för en god relation som främjar patientsäkerhet, samordning och personcentrering. Enkelt uttryckt så fungerar hela vårdkedjan bättre när distriktsläkare och patienter känner varandra. Men Sverige har en underdimensionerad primärvård jämfört med andra jämförbara länder om man ser till antalet specialister i allmänmedicin per invånare, men även uttryckt i antal allmänspecialister i förhållande till det totala antalet praktiserande läkare. Uppgifter i övrigt saknas, men det finns anledning att tro att detsamma gäller för övriga yrkesgrupper. En tredjedel av patienterna uppger att de har en fast läkarkontakt, men tillgången till en fast läkarkontakt ökar inte trots att patienter efterfrågar detta.

För att komma tillrätta med detta behövs ett antal nationella beslut. Ersättningsystemen behöver vara likvärdiga, bygga på behovsstyrd vård och styra mot en samordnad personcentrerad vård. Avgiftssystemet likaså.

En utbyggd primärvård styrs också genom nationella beslut om patientens rätt till en fast namngiven läkarkontakt och rätt att sätta tak för hur många patienter man kan ha. Då ges såväl distriktsläkare som distriktssköterskor en arbetsmiljö som är mer attraktiv och hållbar än idag. Vidare bör primärvårdens uppdrag och målsättningar regleras nationellt och resurssätts utifrån det. Därför anslår vi 1,2 miljarder kronor 2022, 1,4 miljarder kronor 2023 och 1,6 miljarder kronor 2024 inom utgiftsområde 9 för en utbyggnad av antalet tjänster inom primärvården. Det handlar främst om fler specialister i allmänmedicin men också om fler distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter m.fl. utifrån lokala behov.

Kartlägg vårdens administrativa börda

Byråkratiseringen av hälso- och sjukvården har på goda grunder lett till stor irritation hos vårdens medarbetare. Samtidigt har detaljregleringen från statliga myndigheter – i stort och smått – påverkat snart sagt alla moment i exempelvis en läkares arbete. Det gäller allt från diagnosättning till dokumentation och val av behandling. Styrningen av hälso- och sjukvården måste vara tydlig och bygga på begripliga incitament, samtidigt som läkarnas och all annan vårdpersonals ”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 ökningen av andelen hyrpersonal, där många valt ett friare arbetsliv.

Kartläggningar inom ramen för utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) visar att omfattningen av administrativa krav är betydande och att antalet administrativa krav har ökat 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).

I en nyligen utkommen skrift² redovisas att ca 36 % av allmänläkarens arbetstid går åt till direkt patientarbete och ytterligare ca 30 % till indirekt patientarbete. Övrig tid behövde allmänläkaren ägna åt sådant som antingen bättre hade gjorts av annan personal eller helt onödiga arbetsuppgifter.

Regeringen bör därför skyndsamt ge uppdrag till myndigheterna att kartlägga den administrativa bördan. Uppdraget bör ta sin utgångspunkt i det faktum att den samlade effekten av styrsignaler och krav sannolikt är överväldigande. Regionledningar, regeringen, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Arbetsmiljöverket, Läkemedelsverket och SKR, för att nämna några intressenter, bidrar med en ökad detaljreglering. Var och en av dessa ser till sitt – och kan motivera beslut och krav – men i slutändan sitter läkarna och vänder papper istället för att träffa patienter.

Vi förordar en kartläggning och åtgärdsplan i varje verksamhet för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön. Erfarenheterna från pandemin då vissa rutiner och redovisningar togs bort utan att vården och patientsäkerheten påverkades bör tas tillvara. Fler tjänstepersoner har anställts inom regionerna samtidigt som vi har brist på vårdpersonal. Varje verksamhet måste medverka till att det främst är vårdpersonal och vårdnära medarbetare som exempelvis medicinska sekreterare som anställs. Det är inom dessa områden en ökning måste ske.

Personcentrering centralt i en god nära vård

Ska en god nära vård kunna förverkligas krävs en utvecklad helhetssyn på hälso- och sjukvården där vi bättre än idag utgår från patienten. Redan idag framgår det av patientlagen att det är så hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras, men ändå blir patienten alltför ofta en aktör som hamnar vid sidan om. Personcentrering är mångfasetterat eftersom vi alla är olika även när vi har likartade besvär och sjukdomar. Inom omvårdnaden respektive rehabiliteringsmedicinen är personcentrering centralt och

² Magnus Falk: ”Papper, pengar och patienter”.

mycket finns att hämta därifrån när hela hälso- och sjukvården utvecklar det personcentrerade arbetssättet.

Patientorganisationer är nödvändiga partners för hälso- och sjukvården för att förändra på systemnivå. Det offentliga bör ge ett bättre stöd till patientorganisationerna så att de kan fullgöra sitt uppdrag på ett rimligt sätt. Enskilda patienter, som företräder sig själva, kan bistå på andra sätt och där finns goda exempel i Region Jönköping på hur enskilda patienter kan medverka i förbättringsarbetet. Sedan är det enskilda mötet mellan patient och vårdens medarbetare det som avgör om vi lyckas med personcentreringen.

Patientens ställning behöver tydliggöras och förstärkas. En utredning bör tillsättas för att se över hur patientlagen kan stärkas och på vilka andra sätt patientens inflytande kan utvecklas.

Återinför patientansvarig läkare och ett tak för antalet listade patienter

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

Begreppet patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen år 1991, men togs bort 2010 med syftet att möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt. Den person i vårdteamet som är bäst lämpad i varje enskilt fall är tänkt att utses till fast vårdkontakt. Tyvärr upplever många patienter att systemet är otillräckligt. För att främja kontinuitet och patientens anknytning till en viss läkare vill vi att begreppet PAL ska återinföras i lagstiftningen och dessutom ska alla ha rätt till en fast läkarkontakt, detta som ett komplement till befintlig lagstiftning om rätt till fast vårdkontakt. Det är viktigt framförallt för de patienter som har omfattande, allvarliga eller långvariga vårdbehov. Bara om patienten aktivt avstår från en PAL kan det räcka med en samordnad individuell vårdplan (SIP) i enlighet med den utformning som finns i dagens lagstiftning. Det ska komma an på PAL att samordna de övriga specialiteter som patienten kan ha behov av, oavsett om det är flera kompletterande fasta vårdkontakter eller vårdkontakter av mer tillfällig natur. Därför föreslår vi att patientansvarig läkare återinförs.

Utveckla 1177 och få en fungerande triagering

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

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

Patienter med allvarliga och livshotande tillstånd samt patienter som av olika skäl saknar förmåga att kontakta Vårdguiden via telefon eller digitala kanaler ska naturligtvis alltid beredas vård och bedömning så snabbt som möjligt. Sådana ärenden bedöms därför via 112.

Sjukvårdsrådgivningen 1177 har stor potential men behöver utvecklas och tillgängligheten måste förbättras väsentligt för att den ska kunna fylla sin roll i sjukvårdssystemet. Regeringen bör aktivt medverka till en reformering av sjukvårdsrådgivningen 1177.

Förstärkt hälsofrämjande arbete genom primärvården

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

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

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

Rehabilitering

Från Kristdemokraternas sida är vi angelägna om att rehabiliteringen ska ses som en naturlig del i vård- och behandlingskedjan. Socialstyrelsens definition av rehabilitering lyder: ”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.” Myndigheten skriver vidare:

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Socialstyrelsens beskrivning understryker hur viktigt det är för den enskilda människans livskvalitet att få rehabiliteringsinsatser av hög kvalitet. Dessvärre finns det i dag stora brister inom rehabiliteringens område för flera patientgrupper och i flera av landets regioner. Personer som drabbats av cancersjukdom är ett exempel på patienter som har behov av rehabilitering under den tid som behandling pågår och som också kan komma att behöva rehabilitering livslångt. Unga cancerberörda lyfter fram behovet av rehabilitering och helhetssyn tillsammans med andra faktorer som ett socialförsäkringssystem som på ett flexibelt och hållbart sätt förmår ge stöd också för de som drabbats i unga år av svår sjukdom. Varje region behöver förstärka sitt arbete med rehabilitering, såväl för cancerberörda som för andra sjukdomar där rehabilitering är nödvändigt för att må bra. I den nationella cancerstrategin ingår rehabilitering, men området behöver utvecklas.

Teambaserade rehabiliteringsinsatser som sker strukturerat kan påtagligt stärka välbefinnandet för många patienter. De kan också verka hälsofrämjande och förebyggande. Med andra ord ger rehabilitering inte enbart en ökad livskvalitet för den enskilde patienten utan torde också vara mycket samhällsekonomiskt lönsamt. En samhällsekonomisk helhetssyn är avgörande, då en investering på rehabiliteringsinsatser i den kommunala eller regionala budgeten kanske ger en effekt enbart i exempelvis anslaget för sjukskrivning i statsbudgeten.

Såväl stat och regioner som kommuner behöver alltså förbättra rehabiliteringsinsatserna. På statlig nivå anser Kristdemokraterna att det bör tas fram nationella riktlinjer för att skapa förutsättningar för en jämlik kvalitet på rehabilitering över landet. Vidare bör Socialstyrelsen få ett tydligare uppföljningsuppdrag av rehabilitering och hjälpmedel i syfte att utvärdera effekten av de insatser som ges i de olika regionerna. Ett sådant uppdrag ger också möjlighet att beforska och utveckla området. I samverkan mellan kommun och region spelar hemtagningsteamerna en viktig roll för att rehabiliteringsinsatser ska komma igång efter en sjukhusvistelse. Kristdemokraterna har också i flera år föreslagit att det ska finnas tillgång till en medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) i alla kommuner. Glädjande nog har riksdagen nyligen gett sitt stöd till detta förslag och det är nu upp till regeringen att agera för att tillgängligheten till MAR ska bli bättre.

För att en MAR ska kunna erbjuda kunskapsbaserade och personcentrerade insatser av hög kvalitet vore det värdefullt om den så kallade generiska modellen för rehabilitering fick större spridning över landet. Modellen är framtagen av Nationellt system för

kunskapsstyrning hälso- och sjukvård inom SKR och skapar förutsättningar för att alla patienter i behov av rehabilitering ska få ett strukturerat omhändertagande med tidig individuell bedömning, upprättande av rehabiliteringsplan, evidensbaserade åtgärder och uppföljning. En annan fördel med den generiska metoden är att den underlättar implementering av de diagnosspecifika vårdförloppen då rehabiliteringsdelen är utformad utifrån en gemensam struktur.

Hjälpmedel – en nödvändighet för många

För många människor som drabbats av sjukdom, en funktionsnedsättning eller besvär på annat sätt är hjälpmedel nödvändiga. Men tillgången till hjälpmedel är ojämlik i landet och allt fler avgifter höjs. Det är dessutom många avgifter kopplat till hjälpmedelsförsörjningen. Enligt en enkätundersökning av DHR under 2021 ökar ojämlikheten och avgifterna inom hjälpmedelsförsörjningen. Liknande resultat återfinns i Neuros rapport 2021.

Hjälpmedel är inte ett slags accessoar utan en nödvändighet för att kunna må bra och leva mitt liv. I bästa fall gör hjälpmedlet att jag kan leva mitt liv som andra. Hjälpmedel är med andra ord en viktig del i hälso- och sjukvården liksom i omsorgen och förskrivs därför av kunnig personal. Det kan behövas hjälpmedel i arbetslivet, i skolan, på fritiden, hemma i bostaden eller för att jag helt enkelt ska kunna ta mig fram. Dessa hjälpmedel förskrivs av kunnig personal. Det finns också hjälpmedel som egenvård som är till nytta för en stor del av befolkningen utan särskild förskrivning. Denna del behöver utvecklas och apoteken är en god samarbetspartner för övriga hälso- och sjukvården eller omsorgen i detta.

Kristdemokraterna anser att tillgången till hjälpmedel ska vara jämlik och att nuvarande utveckling med besparingar på hjälpmedel och höjda avgifter inte är tillfredsställande. Utvecklingen riskerar att leda till att färre kan arbeta eller delta i samhällslivet. Det krävs en utredning som ser över hjälpmedelsförsörjningen och ser helheten för den som behöver hjälpmedel. Det kommer krävas, menar vi, ett större nationellt engagemang i frågorna kring hjälpmedel.

En reformerad och utökad kömiljard

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

Kristdemokraterna var under alliansregeringen drivande i genomförandet av en rad viktiga satsningar som minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till de regioner som kortade värdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i regionerna. 2015 avvecklade den socialdemokratiskt ledda regeringen kömiljarden och köerna har sedan dess ökat samt uppfyllelsen av vårdgarantin försämrats. Kömiljarden återinfördes dock 2019 tack vare KD-M-budgeten.

Förslaget från KD och M var dock att kömiljarden från början skulle uppdateras för att minska risken för undanträngning. Inte bara första besöket ska premieras utan även en längre vårdkedja. Dessvärre har S-MP-regeringens arbete med att uppdatera kömiljarden inte påbörjats, utöver en mindre ändring 2019. Vi ser mycket allvarligt på att regeringen varit för saktfärdig i arbetet med att reformera kömiljarden. Tre miljarder anslås årligen till kömiljarden, och det sammantagna arbetet med att hantera vårdköer och brist på vårdplatser måste samordnas från statens sida.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Hälso- och sjukvårdens styrning har under lång tid och till stor del fokuserats kring ekonomisk styrning. Det gör att patientperspektivet och professionernas utrymme kringskärs. Den kunskapsintensiva hälso- och sjukvården måste ha en styrning som möjliggör personcentrering och låter professionerna använda bästa kunskap och erfarenhet. Det som hittills har kallats standardiserade vårdförlopp, SVF, bygger på bäst kända kunskap, inledningsvis för behandling av vissa cancersjukdomar, och har arbetats fram av professionerna. Det bygger också på personcentrering.

Den utveckling som vi sett sedan arbetet med SVF påbörjades är god inte minst inom cancervården där RCC redovisar förbättrade resultat som kopplas till sammanhållna vårdförlopp. Genom KD-M-budgeten 2019 har möjligheten till sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp vidgats och ett stort antal medicinska områden arbetar nu med detta. Det kommer ge bättre förutsättningar för en vård som bygger på bästa kunskap och är personcentrerad. Samtidigt måste regeringen se över den sammanlagda kunskapsstyrningen som istället för det goda syftet med att förbättra vården leder till en fragmentisering och för mycket styrning från flera olika håll.

Regionala cancercentrum (RCC) och den nationella cancerstrategin

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

Det som gällde vid införandet av den nationella cancerstrategin gäller fortfarande: Den ska vara nationell och det ska vara en strategi just för cancervården. Den behöver också ständigt uppdateras. Inte minst behöver de nya terapierna beaktas liksom bristen på rehabilitering. Kristdemokraterna har tidigare krävt att den nationella strategin ska uppdateras kontinuerligt, något som nu också påbörjats.

Vi anser även att barnoncervården behöver fortsätta utvecklas och rehabiliterande insatser förbättras även för s.k. sena effekter.

Kvinnors hälsa

Nationell uppföljning av vården ur ett jämställdhetsperspektiv

Det pågår ett viktigt arbete för att på ett systematiskt sätt kunna följa vården ur ett jämlikhetsperspektiv. Detta är mycket bra. Samtidigt saknas det fortfarande motsvarande uppföljning ur ett jämställdhetsperspektiv, vilket gör att viktiga jämförelser av vården mellan män och kvinnor kanske aldrig upptäcks. För att kunna följa och mäta om vården är jämställd behöver det finnas en kontinuerlig eller årlig uppföljning av vården ur detta perspektiv. Det kan exempelvis behöva utarbetas specifika indikatorer, liksom för jämlik vård, som kontinuerligt följs upp. Nuvarande arbete med uppföljning av jämlik vård kan antingen kompletteras med det som krävs för att följa upp vården ur ett jämställdhetsperspektiv eller så ges Myndigheten för vårdanalys och Socialstyrelsen ett uppdrag att föreslå hur en nationell uppföljning för jämställd vård kan utformas.

Skillnader mellan kvinnors och mäns symptom och sjukdomsförlopp

En jämställd hälso- och sjukvård måste behandla kvinnor och män både lika och olika, helt enkelt för att det finns biologiska och fysiologiska skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor och män kan ha olika symptom och olika vårdbehov vid ett och samma sjukdomstillstånd. När det gäller smärta finns till exempel både biologiska könsskillnader i smärtsystemens fysiologi och skillnader mellan hur män och kvinnor beskriver sina symptom.

Ett tydligt exempel på könsskillnaderna är vid de flesta sorters hjärt-kärlsjukdomar. Kvinnor har mindre hjärtan med trängre kranskärl. Vid hjärtinfarkt kan symptomen skilja sig åt mellan kvinnor och män. Hos kvinnor är det vanligare med symptom som andfåddhet, illamående och allmän sjukdomskänsla. Män har oftare den klassiska smärtan i bröstet som kan stråla ut i armen. Dock kan en del kvinnor också ha klassiska bröstsmärtor och män ha icke-typiska besvär. Kvinnor och män drabbas också av olika sorters kronisk hjärtsvikt. Det finns även skillnader mellan könen när det gäller stroke.³

Att profession och allmänhet medvetet behöver beakta skillnader mellan kvinnors och mäns symptom och sjukdomsförlopp vid olika sjukdomstillstånd, är betydande för att vi ska förstå skillnader i hur sjukdomar utvecklas, vilka olika symptom vi uppvisar samt möjlighet att söka och få rätt behandling och medicinering samt veta hur män och kvinnor svarar på behandling.

Rekommenderade läkemedel och dosering av läkemedel bör kunna köns-differentieras i fall där män och kvinnor hanterar läkemedlen olika.

³ <https://www.gu.se/nyheter/vi-maste-erkanna-konsskillnaderna-nar-det-galler-stroke>.

Forskning och kunskap om kvinnors sjukdomar

Det behöver inrättas ett nationellt forskningsprogram avseende kvinnors hälsa och sjukdomar. Det finns flera sjukdomar som endast drabbar kvinnor eller där kvinnor är överrepresenterade bland de drabbade. Det saknas kunskap kring orsaken bakom många av dessa sjukdomar. Inte sällan saknas därför också nationella riktlinjer. Detta gör att diagnostiseringen blir svår och att utvecklingen av effektiv behandling hindras. Exempelvis gäller det PCOS, PMS/PMDS, lipödem, IBS, fibromyalgi, sköldkörtelproblem, benskörhet, vestibulit, endometriosis, myom, menopaus/klimakteriebesvär, migrän, lupus/SLE, ME/CFS, utbrändhet samt utmattning. Listan kan göras lång på sjukdomar och hälsoproblem där kvinnor är överrepresenterade. Detta leder till en sämre livskvalitet men även ett ekonomiskt bortfall för kvinnor som inte får adekvat vård. Det innebär även höga samhällskostnader. Därför behövs mer forskning, kunskap och riktlinjer. Kristdemokraterna vill inrätta ett nationellt forskningsprogram som ska stimulera forskning om sjukdomar, skador och besvär som främst drabbar kvinnor. Dessutom ska forskningsprogrammet stimulera forskning kring infertilitetsproblematik, förlossningsskador, missfall och dödfödda barn. Och kvinnors hälsa under en graviditet, förlossning samt eftervård. Vi avsätter medel för inrättande av ett nationellt forskningsprogram under utgiftsområde 16.

Förbättra vården för endometriospatienter

En av tio kvinnor i fertil ålder antas ha endometriosis. Det är en östrogenberoende sjukdom som innebär att vävnad som liknar livmodersslemhinna växer utanför livmoderhålan. Det mest påtagliga symptomet är smärta. Socialstyrelsen uppskattar att 100 000 personer i Sverige har endometriosisrelaterade besvär som i någon mån påverkar deras liv. Långt ifrån alla får diagnos. Bristande kunskap är en anledning. Studier har visat att det i genomsnitt tog sju år från det att en person började få symptom tills att diagnosen fastställdes. Trots nationella riktlinjer 2018, som Kristdemokraterna har drivit igenom, finns det således mycket kvar att göra. Enligt Socialstyrelsen saknar mer än hälften av kvinnoklinikerna ett grundbemannat multiprofessionellt team, det vill säga ett team bestående av åtminstone gynekolog, sjuksköterska eller barnmorska, smärtläkare, kurator och fysioterapeut. Vi föreslår att sådana inrättas på alla kvinnokliniker.

Bättre vård vid klimakteriebesvär

Klimakteriet är när östrogennivåerna gradvis sjunker i kroppen och till slut når en låg nivå för resten av livet. Omkring 70 procent av kvinnor i åldern 47–56 år har klimakteriebesvär. Av dessa beräknas en tredjedel drabbas av besvär exempelvis i form av ångest eller sömnsvårigheter. Drygt 6 procent av kvinnorna mellan 45 och 60 år har fått utskrivet medelpotenta hormonläkemedel, för att lindra dessa besvär.

Enligt Socialstyrelsens kartläggning finns det stora geografiska och socioekonomiska skillnader gällande antalet vårdbesök och läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär. Rapporten visade också att det är oklart vilka insatser som ges för klimakteriebesvär inom primärvården, i vilken omfattning samt vilken kunskap vårdpersonalen har inom området. Socialstyrelsen ska därför fördjupa kartläggningen för att återkomma om det finns ett behov av förbättringar gällande vård, stöd och behandling till kvinnor i klimakteriet. I rapporten konstaterades dessutom att det saknas undersökningar

avseende kvinnors upplevelser av och uppfattningar om klimakteriebesvär samt hur hälso- och sjukvården fungerar. En sådan studie behöver genomföras av Socialstyrelsen.

Tidiga och förebyggande insatser mot cancer

En utbyggnad av primärvården är nödvändig av många skäl, inte minst för att tidigt upptäcka cancer. Det arbete som bland annat bedrivs i Region Stockholm med cancercertifierade vårdcentraler är mycket lovvärt och ett sätt att stärka primärvårdens möjligheter till tidig upptäckt.

Utrota livmoderhalscancer – fler bör vaccineras och screening utökas

Varje år dör 150 kvinnor av livmoderhalscancer i Sverige. Det är den tredje vanligaste cancerformen hos kvinnor mellan 20 och 49 år efter bröstcancer och hudcancer. Många av de 550 kvinnor som diagnostiseras varje år är unga. Det handlar om barn som förlorar sin mamma, unga människor som aldrig kommer att kunna bli gravida, föräldrar som förlorar en dotter. Så behöver det inte vara. Vi kan utrota det virus som ligger bakom livmoderhalscancer inom fem till sju år.

WHO har utlyst ett globalt mål om total eliminering av livmoderhalscancer. Sverige kan bidra i detta arbete. De viktigaste åtgärder som har identifierats är vaccination mot humant papillomavirus (HPV) och screening med gynekologisk cellprovskontroll. Idag ingår HPV-vaccinet i det allmänna vaccinationsprogrammet. Screening för HPV och livmoderhalscancer görs med olika intervall för kvinnor mellan 23 och 64 år.

För att få stopp på spridningen av HPV-viruset behöver kvinnor som riskerar att få livmoderhalscancer få vaccinationen. Kvinnor som får HPV-vaccin skyddas mot livmoderhalscancer till 90 procent, vilket är ett gott skydd mot framtida livmoderhalscancer. Vaccinationen skulle innebära att HPV-viruset skulle utrotas i Sverige. Kristdemokraterna föreslår därför att i samband med sin första screening vid 23 eller 26 år bör kvinnor erbjudas HPV-vaccination om de ej tagit vaccinet tidigare. Virusets skulle på så sätt kunna elimineras inom en fem–sjuårsperiod. Tidigare i år ställde sig en enig riksdag bakom vårt och Moderaternas förslag om att satsa på att utrota livmoderhalscancer. Det är därför högst anmärkningsvärt att regeringen inte gör denna prioritering i sin budgetproposition. Kristdemokraterna avsätter 25 miljoner kronor per år i sex år för detta ändamål under utgiftsområde 9.

Dessutom föreslår vi att kvinnor över 64 år ska erbjudas screening med cellprov och för HPV för att kunna upptäcka livmoderhalscancer i tid.

Att nå kvinnor som inte går på mammografi

Varje år drabbas nästan 9 000 kvinnor av bröstcancer. Idag överlever 8 av 10 som drabbas. Ju tidigare upptäckten görs, desto större möjlighet att överleva. Därför är det av största vikt att få så många kvinnor som möjligt att delta i mammografi. I Sverige går drygt 80 procent av de kvinnor som kallas på mammografi. Men det har länge varit känt att kvinnor i utsatta områden går på mammografibesök i mindre utsträckning än andra kvinnor. En stor grupp kvinnor som väljer bort mammografi är utlandsfödda. Här handlar det om språksvårigheter men också att de generellt inte alltid vill gå på läkarundersökningar särskilt när det gäller bröst eller underliv. Därför behövs det fler riktade åtgärder för att nå dessa kvinnor. Vi föreslår därför ett pilotprojekt med

ambulerande mammografibussar med flerspråkig personal för att nå framförallt kvinnor i utsatta områden. Frågan bör utredas vidare.

Kristdemokraterna anser även att dagens åldersgräns för mammografin tas bort så att även kvinnor över 74 år erbjuds mammografi.

Till följd av pandemin har screening för mammografi minskat. Den utvecklingen måste nu vändas snabbt och kraftfullt. Genom mammografi kan vi rädda liv. Kristdemokraterna föreslår därför en satsning under 2022 för att öka informationsinsatserna i hela landet och särskilt i de områden där viljan att göra mammografi varit låg. Vi anslår 50 miljoner kronor under 2022 för detta ändamål.

Förskrivning av antidepressiva läkemedel till seniora kvinnor

De vanligaste psykiska diagnoserna bland kvinnor över 65 år är depressioner och ångestsjukdomar. Enligt statistik från Socialstyrelsen har omkring var fjärde kvinna över 75 år och en tredjedel av alla kvinnor i åldern 85 år eller äldre fått ett antidepressivt läkemedel förskrivet minst en gång. Trots att äldre kvinnor tenderar att övermedicineras och löper större risk att drabbas av biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem finns det även risk för underbehandling av vissa diagnoser.

Symptombilden vid depression i hög ålder präglas av hopplöshetskänslor, ångest och oro samt sömnproblem och viktnedgång. Detta kan möjligen vara en anledning till att seniora kvinnor får avsevärt mer psykofarmaka utskrivet än andra befolkningsgrupper. Samtidigt visar studier att seniora personer inte alltid i tillräcklig utsträckning får del av andra insatser utöver läkemedel, exempelvis psykologisk behandling. Kännedomen om andra behandlingsstrategier för de äldre patienterna med depression eller ångestsyndrom är idag bristfällig, men många gånger är en kombination av farmakologiska, pedagogiska, psykoterapeutiska och anhörigstödande åtgärder nödvändigt. Ska livskvaliteten och hälsan öka hos äldre kvinnor är det ett angeläget område att utvärdera och följa upp i vården. Vi vill därför att orsakerna till den höga förskrivningen och användningen av läkemedel vid depression och ångest till seniora kvinnor utreds och att åtgärder vidtas för att säkerställa att behandlingsmålet för patienten uppnås med rätt behandlingsstrategi.

En ny sjukskrivningsmiljard

Sen 2011 har sjukfrånvaron ökat, förutom under en kort period mellan 2016 och 2019. Ökningen har kunnat ses inom alla arbetsmarknadens sektorer. Den främsta orsaken tros vara ökad psykisk ohälsa, vilken till stor del kan kopplas till stress. Enligt Försäkringskassan uppgår de samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa och sjukfrånvaro till cirka 700–900 miljarder kronor årligen. Det är en uppskattning som innehåller direkta kostnader för t ex hälso- och sjukvård, ersättning från Försäkringskassan och sjuklön från arbetsgivaren, men även indirekta kostnader för produktionsbortfall. Uppskattningar utifrån en modell som används av World Economic Forum visar att enbart kostnaderna för den psykiska ohälsan uppgick till ca 142 miljarder kronor under 2010 och förväntas uppgå till cirka 345 miljarder kronor år 2030.

Vi föreslår därför att en integrering sker av budgetansvar för sjukförsäkring och hälso- och sjukvården. Vi vill vidare införa en ny sjukskrivningsmiljard i väntan på en

sådan förändring och utreda ett bredare ekonomiskt incitament för fysisk aktivitet än friskvårdsbidraget samt inkludera fysisk aktivitet på recept (FaR) i högkostnadsskyddet.

Det är billigare att förebygga än att behandla. Det gäller inte minst psykisk ohälsa, men även diagnoser som hjärtsvikt är exempel på när preventiva insatser kan spara samhället stora resurser. Ändå satsas bara en liten del, cirka 3 procent, av regionernas vårbudgetar på preventiva åtgärder. Enligt Försäkringskassan beror det på att återbetalningstiden på förebyggande åtgärder är lång, och att det ofta inte är samma aktör som investerar i det förebyggande arbetet och som sen ser lägre kostnader tack vare det.

Åtgärder för att i viss mån koppla samman kostnaderna för sjukfrånvaron och sjukvården har prövats. Sjukskrivningsmiljarden (även kallad sjukvårdsmiljarden) infördes 2006 i samråd mellan staten och SKL för att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården. Den bestod av en rörlig del, baserad på utvecklingen av sjukfrånvaron, och en villkorad del, baserad på uppfyllelsen av vissa specifika villkor. Reformen fick kritik för att den – eftersom den utgjorde så pass liten del av regionernas budget – ansågs få begränsad effekt. Landstingen ansågs inte heller kunna påverka alla faktorer som spelar roll för sjukfrånvaron, såsom arbetsmarknadssituationen. Därmed togs den rörliga delen bort, och hela ersättningen betalas enligt nuvarande avtal mellan staten och SKR ut efter kvalitativa villkor. Avtalet för 2021 är dock det sista, därefter avvecklas sjukskrivningsmiljarden.

Det har även gjorts andra försök till att koppla samman kostnader för sjukfrånvaro och vård, bland annat inom samordningsförbunden (Finsam) och ett pilotprojekt med fem landsting på 1990-talet som visade goda resultat men aldrig skalades upp.

2018 presenterades utredningen Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, som ännu inte utmynnat i någon proposition. Utredningen föreslår i princip en variant av sjukskrivningsmiljarden, men med vissa begränsningar kring vilken typ av sjukfrånvaro som regionerna antas kunna påverka och med viss anpassning till olikheter mellan regionerna.

Kristdemokraterna föreslår att ett nytt statsbidrag till regionerna införs. Det bör ta tillvara lärdomarna från hur sjukskrivningsmiljarden fungerat, och utformas med inspiration från förslag i utredningen Samspel för hälsa. Statsbidraget bör vara prestationsbaserat, så att fokus läggs på att minska sjukfrånvaron.

I enlighet med utredningen Samspel för hälsa bör dock endast sjukfrånvaron de första 90 dagarna utgöra grund för beräkning av statsbidraget. Detta för att regionerna ska ha en rimlig chans att påverka den. Sjukfallskategorin (90 dagar) utgör runt en tredjedel av all sjukfrånvaro. Statsbidraget bör vara större än den tidigare sjukskrivningsmiljarden. Enligt utredningen Samspel för hälsa är en variation i sjuktalet i storleksordningen fyra miljarder på nationell nivå rimlig. Bidraget bör uppgå till mellan 50 och 100 procent av minskningen i kostnader för sjukskrivning totalt sett, dvs till mellan 2 och 4 miljarder kronor. Statsbidraget kommer alltså till stor del finansieras av minskade kostnader för sjukfrånvaro.

För att nationella trender i sjuktalet inte ska påverka regionernas möjligheter att få del av stödet bör utvecklingen av regionernas sjuktalet sättas i relation till rikets. Fördelningen bör utgå från respektive regions förändring i sjuktalet i relation till den genomsnittliga förändringen hos de tre regioner som uppvisat minst förbättring/störst försämring av sjuktalet. Skillnaden mellan respektive region och detta jämförelsetal, samt regionens andel av befolkningen, bestämmer utfallet. Dock kan stödet inte uppgå till mer än 100 procent av regionens minskning i sjukskrivningskostnad. En upprätthållen

låg nivå i sjukskrivningstal bör också berättiga till stöd. Viss variation i sjuktal bör alltså kunna tillåtas utan att regionen helt förlorar statsbidraget. Även försämringar i sjuktal kommer kunna belönas, givet att de är relativt sett bättre än hos den region som uppvisat störst försämring.

Tryggare förlossningsvård och eftervård

Det behövs ett nationellt ledarskap som pekar ut riktningen för förlossningsvården och eftervården. Det föds över hundratusen 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 gravida kvinnor ska kunna känna trygghet i väntans tider.

Skillnaderna i vård och vårdresultat skiljer sig åt i olika delar av landet, bland annat i antalet förlossningsskador. Tiden från förlossning till hemgång är på många håll kort samtidigt som bara ett av tre sjukhus alltid erbjuder en uppföljning efter förlossningen. Bristningar, komplikationer, psykisk ohälsa eller amningsproblem riskerar därmed att inte upptäckas i tid.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen råder det stor brist på barnmorskor i 19 av landets 21 regioner.⁴ Antalet pensionsavgångar bland barnmorskor är stort och det är svårt att rekrytera och att behålla barnmorskor. Regeringen har slutit överenskommelse med SKR sedan 2015 om förlossningsvården. Bara drygt hälften av pengarna har använts till bemanning som var syftet med överenskommelsen. Vårdanalys utvärdering från 2019 visar att det fortfarande finns många allvarliga brister i förlossningsvården. Enligt Barnmorskeförbundet och Sveriges Kvinnolobby är den ökade förlossningsrädslan bland omfödskor ett tecken på att förlossningsvården inte håller tillräckligt hög kvalitet. Kristdemokraterna vill rikta om 1,5 miljarder kronor år 2022–2023 till tydliga satsningar och prioriteringar inom förlossnings- och eftervården. Under 2024 upphör dessutom regeringens satsningar på förlossningsvården helt. Kristdemokraterna avsätter därför 1 miljard kronor under 2024 till förlossnings- och eftervården.

Varje kvinna ska kunna känna trygghet under sin graviditet samt inför, under och efter förlossningen. Kristdemokraterna föreslår därför följande förändringar för att stärka förlossnings- och eftervården:

Nationellt ansvarstagande för förlossningsvården – mål och kompetenscentrum

För att få en mer jämlik vård behöver sjukvården, inklusive förlossningsvården, bli statlig. I avvaktan på denna organisationsförändring behövs det nationella mål som slår fast vad kvinnor kan förvänta sig av förlossningsvården. Vi vill också inrätta ett kompetenscentrum runt förlossningsvården och eftervården. De frågor som kompetenscentrumet bör arbeta med är förebyggande av förlossningsskador, psykisk ohälsa och amning. Vi avsätter 37 miljoner kronor för detta ändamål.

Ökad bemanning inom förlossningsvården

En uppföljning av regionernas insatser när det gäller bemanning visar att kompetensförsörjning är ett problem⁵. Bristen på barnmorskor är stor⁶. Vi vill ha tydliga satsningar

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200.pdf>.

⁵ Regionernas insatser för kvinnors hälsa, 2019.

på både att behålla personal inom förlossningsvården och att öka antalet anställda. För att uppnå detta mål behöver bland annat åtgärder vidtas för att förbättra arbetsmiljön. Vi avsätter 1 150 miljoner kronor för att öka bemanningen inom förlossnings- och neonatalvården.

Vi avsätter också 70 miljoner kronor för att ge sjuksköterskor möjlighet att vidareutbilda sig till barnmorskor med bibehållen lön. Vi ökar även antalet utbildningsplatser för barnmorskor inom utgiftsområde 16.

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. Kristdemokraterna vill att kvinnor ska mötas av ett barnmorsketeam genom hela graviditeten, förlossning och eftervården – en form av fast kontakt. 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 barnmorsketeam ska utformas bör utredas i samråd med Svenska Barnmorskeförbundet och patientorganisationer.

Vi vill också verka för att öka möjligheten till barnmorskeledda enheter med ansvar för hela vårdkedjan – graviditet, förlossning och eftervård – i anslutning till akutsjukhusen. Vi avsätter 95 miljoner kronor för detta ändamål.

Förebyggande av förlossningsskador

Alltför många kvinnor lever med skador och svåra smärtor efter sin förlossning. De får ofta höra att det är normalt. Att det inte finns något man kan göra. Att det är kosmetiskt. Att det hör till när man föder barn. Komplikationer som drabbar många mammor efter en förlossning uppmärksammas därför inte trots att det är relativt vanligt. Det leder till att kvinnor med fysiska och psykiska besvär inte får vård, och inte heller vet vart de ska vända sig för att få hjälp.

Arbetet med att minska antalet förlossningsskador och förbättra eftervården måste intensifieras. Enligt en OECD-rapport ligger Sverige relativt högt gällande allvarliga bristningar vid förlossning. Trots att antalet allvarliga brister i bäckenbotten har minskat har Sverige de näst högsta andelarna av de allvarligaste bristningar i bäckenbotten av grad 3 och 4 i Norden, efter Island. Finland och Norge ligger långt före i arbetet med att undvika förlossningsskador. Enligt Socialstyrelsen behöver sjukvården bli bättre på att förebygga, följa upp och behandla förlossningsskador och andra vanliga problem efter förlossningen. Kristdemokraterna anser att särskilda nationella riktlinjer för att förebygga just förlossningsskador behöver tas fram. I samband med detta bör även en kompetensutveckling ske för personal inom förlossningsvården om hur förlossningsskador kan förebyggas. Vi avsätter 28 miljoner kronor för detta ändamål.

Eftervård med hembesök

Det finns stora brister i eftervårdens kvalitet beroende på var man bor. Enligt Socialstyrelsen följer en stor del av sjukhusen inte upp förlossningen alls, en del erbjuder telefonsamtal eller återbesök, ett fåtal hembesök av en barnmorska. Det kan ta lång tid innan förlossningsskador och andra komplikationer efter en förlossning upptäcks. Denna brist bekräftas också av en undersökning där nyförlösta kvinnor själva

⁶ Erfarna barnmorskor lämnar förlossningsvården, Dagens Medicin, 5/5 2020.

berättar hur de har upplevt vården. De flesta efterfrågade bättre uppföljning, bättre tillgång till vård och stöd efter förlossningen, en möjlighet att vända sig flera gånger till barnmorska eller mödravården efter hemkomst. Många angav att de inte visste vart de skulle vända sig om de inte mårde bra fysiskt eller psykiskt och att inte heller sjukvården hade tydliga svar. Flera gav uttryck för att fokuset efter förlossningen helt skiftade från deras egen hälsa till att enbart handla om barnets hälsa.

Kristdemokraterna 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 samtal för att upptäcka förlossningsdepression eller amningsstöd.

En mamma-rehab-check

En graviditet och förlossning är en stor påfrestning för kvinnan. I vissa fall behövs vårdinsatser för att åtgärda till exempel förlossningsskador. I andra fall behövs fysisk rehabilitering. Vi vill att alla nyblivna mammor ska erbjudas en ”mamma-rehab-check” som kan användas hos fysioterapeuter med särskilt fokus på graviditet och förlossning. Detta är även något som nyförlösta kvinnor efterfrågar i den undersökning som Socialstyrelsen har gjort. De vill bli erbjudna möjlighet att vända sig till en fysioterapeut efter förlossningen. Vi avsätter 60 miljoner kronor för detta ändamål.

Patienthotell inför stundande förlossning

I de delar av landet där det är långa avstånd mellan hemmet och förlossningskliniken finns det en stor oro över att inte hinna fram i tid. Det förekommer också att kvinnor som har möjlighet tillfälligt byter bostadsort under de sista veckorna inför förlossningen för att vara nära sjukhuset. Tryggheten inför den stundande förlossningen måste öka. Vi anser därför att de som istället för att bege sig till sjukhuset med bil när förlossningen har satt igång, bör få möjlighet att bo på ett patienthotell i nära anslutning till sjukhuset tillsammans med sin man eller partner inför stundande förlossning. Vi avsätter 30 miljoner för att kunna upphandla hotellrum i anslutning till sjukhus som har förlossningsavdelningar.

Samtalsstöd

Det föds varje år i snitt fyra döda barn per 1 000 födda i Sverige (2018). Enligt Socialstyrelsen erbjuder väldigt få av landets 45 förlossningsavdelningar kontakt med psykolog efter förlossning. Drygt hälften av mammorna och 32 procent av papporna blev sjukskrivna 0–6 månader efter att familjen fått ett dödfött barn. Socialstyrelsens undersökning visar att mammor med tidigare psykisk ohälsa i snitt hade högst antal sjukskrivningsdagar. Vi anser att alla förlossningsavdelningar bör erbjuda samtalsstöd med psykolog till föräldrar som fått ett dödfött barn. Vi avsätter 30 miljoner kronor för detta ändamål.

Tillgång till digitala barnmorskor och stöd för en hälsosam graviditet

Idag kan det vara svårt att få en tid till barnmorskemottagningen på vissa platser i landet. I Region Stockholm erbjuds sedan en tid tillbaka tider hos barnmorska online. Det vore bra om denna möjlighet fanns i alla regioner så att det även kan gå att prata

med en barnmorska på kvällar och helger. Vi föreslår således att alla regioner erbjuder gravida möjlighet till digitala vårdbesök.

De flesta mödravårdscentraler har ett basprogram som de följer. Samtidigt visar en rapport från Socialstyrelsen att det finns behov av att stärka arbetet med en hälsosam graviditet främst för gravida med övervikt och fetma, vilket har blivit vanligare hos gravida i Sverige. År 2019 hade cirka 43 procent av gravida kvinnor vid inskrivningen till mödrahälsovården övervikt eller fetma. Av dessa hade 27 procent övervikt och 16 procent fetma. Det ökar risken för till exempel missfall, graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning. Risken ökar också för att det nyfödda barnet har hög födelsevikt eller andningsproblem. Socialstyrelsen behöver säkerställa att det finns bra och lättillgängligt informationsmaterial som stöd för mödravårdens arbete med en hälsosam graviditet.

Pengarna från den föreslagna överenskommelsen med SKR ska riktas helt och hållet på ökad bemanning och andra förbättringar inom förlossnings- och BB-vården enligt vårt förslag ovan.

Nationell process för nya investeringar

Det finns stora investeringsbehov i såväl renovering, utbyggnad, ombyggnad och nybyggnad av sjukhus och vårdinrättningar i Sverige. Redan beslutade investeringar i sjukhus har uppskattats uppgå till omkring 100 miljarder⁷. De stora investeringsbehoven förklaras dels av att många sjukhusbyggnader uppfördes på 1960-talet och har nått sin tekniska livslängd, dels av att sjukvårdens behov förändras.

De förändrade behoven i sjukvården beror i sin tur på en rad olika faktorer. Flera av dessa kan härledas till nationellt drivna förändringsprocesser. Ett exempel på detta är arbetet med att stärka primärvården inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård⁸. Ett annat exempel rör förändringar i vårdens nivåstrukturering, framförallt vad avser ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Sedan 2017 finns en nationell process för den högspecialiserade vården där Socialstyrelsen ansvarar både för att definiera vilken vård som ska betraktas som högspecialiserad och för var i landet sådan vård ska bedrivas. Ytterligare en faktor som påverkar behoven av investeringar är demografiska förändringar till följd av åldrande befolkning och urbanisering.

Beslut om att bygga ett nytt sjukhus innebär mycket stora ekonomiska investeringar och kräver lång planeringshorisont. Ett sjukhus ska normalt drivas i många decennier. Den moderna sjukvården ställer också höga krav på att sjukhusbyggnaden är anpassad för ändamålet – alltså den typ av sjukvård som ska bedrivas.

Att bedriva modern avancerad sjukvård är en mycket komplex uppgift som i allt högre grad kräver samverkan mellan olika aktörer, både inom och mellan regionerna. Merparten av Sveriges regioner har enligt Kristdemokraternas uppfattning alltför få invånare för att på egen hand kunna bedriva vården rationellt – ett problem som växer i takt med att sjukvården blir än mer avancerad och specialiserad.

⁷ Promemoria till Socialdepartementet från Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll, 2019-05-14.

⁸ Regeringens och SKR:s överenskommelse om god och nära vård omfattar drygt 6 miljarder kronor för 2020 och ska bidra till att stärka primärvården.

Vilka sjukhus som byggs och för vilket ändamål de byggs påverkar därför inte bara sjukvården i den egna regionen utan även sjukvården i omkringliggande regioner – ibland sjukvården i hela landet. Planering och investeringar i sjukhusbyggnader påverkar också förutsättningarna att göra nödvändiga omställningar. Kostsamma investeringar i byggnader som inte bidrar till ett rationellt sjukvårdssystem tränger också undan resurser för verksamheterna.

Trots stora och ökande behov av samverkan nationellt och över regiongränserna finns idag ingen gemensam planering av investeringar, ens för helt nya stora sjukhus. Nationella forum för sådan planering har dock funnits tidigare, i flera olika former. Däribland kan nämnas Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande samt Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader. Ett uttalat syfte med den sistnämnda var bland annat att staten skulle godkänna nya sjukhusbyggnader, deras syfte och placering. Även Socialstyrelsen har historiskt haft en central roll för att samordna regionernas investeringar och långsiktiga planering. Samtliga nationella organ som haft till uppgift att säkerställa en rationell planering av regionernas investeringar i sjukhus avskaffades dock successivt från slutet av 70-talet till slutet av 90-talet.

För att säkerställa en rationell planering av stora investeringar i framtidens sjukvård behövs en nationell process för godkännande av nya sjukhus. Historiskt har uppdraget legat både direkt under Socialdepartementet och under Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har sedan 2017 uppdraget att fatta beslut om högspecialiserad vård. Uppdraget bör utökas till att också godkänna, eller avslå, större investeringar i nya sjukhusbyggnader. Vårdcentraler bör inte omfattas av godkännandeprocessen. Vi föreslår att staten genom Socialstyrelsen ges mandat att, i samverkan med regionerna, upprätta en nationell process för planering av investeringar i nya sjukhusbyggnader. Vidare att Socialstyrelsen inom ramen för detta arbete löpande analyserar behoven av nya sjukhus samt bistår med expertkompetens kring planering och upphandling av nya sjukhus. Slutligen att Socialstyrelsen ges mandat att, efter samråd med regionerna, godkänna eller avslå regionernas investeringsplaner gällande nya sjukhus. Regioner som beslutar om sjukhusinvesteringar som inte godkänts av Socialstyrelsen inom ramen för den nationella processen, får minskat statsbidrag.

Pandemins sjukdomar

Coronapandemin har medfört många drabbade av covid-19, en sjukdom som det inte fanns någon kunskap om när den först sköljde över oss och resten av världen våren 2020. Hälso- och sjukvårdens fenomenala insatser under pandemin har gjort att vården blixtnabbt kunde ställa om till fler platser för intensivvård och kunskap om covid-19 samlades och värderades löpande i syfte att kunna ge den bästa vården till svårt sjuka patienter. Många av de patienter som drabbades av covid-19 har behov av rehabilitering under en kortare eller längre tid. På samma sätt har patienter med postcovid behov av vård som svarar mot deras symtom, vilket ofta kräver multidisciplinär, teambaserad, vård. Regeringen har anslagit medel för forskning kring covid-19 men mer behöver göras för att säkerställa en god vård i hela landet till personer med behov av vård till följd av pandemins sjukdomar.

Allergistrategi

Det finns möjlighet att förebygga många typer av allergi. Det finns goda möjligheter att behandla allergi, eksem, astma och annan överkänslighet. Det finns goda möjligheter att planera samhället så att färre drabbas av svår luftvägssjukdom. Ja, det finns många goda skäl för det offentliga att samla kunskap och åtgärder för en bättre hälsa ur ett allergiperspektiv.

Astma och allergi är Sveriges vanligaste kroniska sjukdomar och påverkar ofta under hela livet. Trots det är kunskapen i samhället låg. En tredjedel av den svenska befolkningen har idag allergiska besvär eller någon överkänslighet. Kristdemokraterna anser att en allergistrategi eller program bör tas fram i syfte att synliggöra aktuell kunskap och bedöma vilka åtgärder som krävs för att färre ska drabbas och fler ska kunna leva ett gott liv trots sjukdomen.

Det är glädjande att regeringen slutligen lyssnade till synpunkter från Astma- och Allergiförbundet, Kristdemokraterna med flera om att pollenmätningarna måste fungera i hela landet och ha en långsiktig finansiering.

Lipödem

Lipödem är ett kroniskt tillstånd, men det är behandlingsbart även om det fortfarande behövs mer forskning om de bästa behandlingsmetoderna. Ändå möts många drabbade av misstro och bristande vård och behandling. Lipödem är med största sannolikhet en ärftlig sjukdom, drabbar i stort sett endast kvinnor och bryter oftast ut i samband med hormonförändringar som till exempel pubertet, barnafödande eller menopaus. Endast ett fåtal män har rapporterats ha lipödem. Vid sjukdomens utbrott ökar kroppens fettceller i storlek och personen ökar i omfång framförallt över stuss, höfter och lår. I ett senare stadium kan även armarna påverkas. Lipödem diagnostiseras ofta som fetma trots att det finns flera tydliga tecken som skiljer lipödem från fetma. Lipödem förväxlas ibland med lymfödem, men skiljer sig åt på flera sätt. Bland annat är lipödem – till skillnad från lymfödem – symmetriskt utbrett på kroppens båda sidor.

Region Östergötland bedriver ett arbete i syfte att förbättra möjligheterna till ändamålsenlig behandling för personer med lipödem. Detta arbete kan tjäna som inspiration för övriga regioner. Befintlig kunskap om lymfologi och kroniska ödem bör också spridas inom vården för att öka förutsättningarna för diagnossättning och behandling utifrån beprövad erfarenhet tidigt under sjukdomsförloppet. Ökad kunskap skulle även minska stigmat som många av de drabbade kvinnorna lever med. Som en del i att öka kunskapen kring orsak samt vård och behandling av så kallade kvinno-sjukdomar likt lipödem föreslår Kristdemokraterna att det inrättas ett nationellt forskningsprogram för att stärka kvinnors hälsa. Vi avsätter 100 miljoner kronor per år till detta ändamål under utgiftsområde 16.

Obesitas

Obesitas är en komplex och kronisk sjukdom. Många barn och vuxna är drabbade och precis som vid andra sjukdomar krävs att man får del av bra behandling och att vården är tillgänglig i hela landet. Glädjande nog förstår allt fler vårdgivare vikten av ett bra bemötande och adekvat behandling för den som har obesitas. Men kunskapen behöver öka så att alla som söker vård för svår övervikt och fetma möts av en god vård.

Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för obesitas. När riktlinjerna så småningom är klara är det angeläget att dessa implementeras på bästa sätt i hela landet. Socialstyrelsen bör öka uppföljningen av beslutade nationella riktlinjer så att de införs inom rimlig tid och att de leder till en bättre och mer jämlik vård. Kristdemokraterna föreslår också att det utifrån det nationella initiativet ”Prevention barnfetma” bör tas fram en nationell handlingsplan mot barnfetma. Mer om detta beskrivs i vår motion ”En folkhälsopolitik att lita på”.

ME/CFS

ME är ett tillstånd som sannolikt har funnits länge. ME betyder myalgisk encefalomyelit, och det handlar alltså om muskelvärk och inflammation i hjärna och ryggmärg. 1969 slog Världshälsoorganisationen fast att det är en neurologisk sjukdom. Efter ett utbrott med 160 drabbade 1984 på en ort i USA får sjukdomen tillägget CFS, chronic fatigue syndrome, av amerikanska CDC, som är motsvarigheten till Folkhälsomyndigheten.

Idag finns få specialistmottagningar i Sverige med kompetens kring ME/CFS. Samtidigt har primärvården ett stort behov av förstärkta kunskaper för att kunna ge drabbade en god vård, men ännu bedömer inte SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, att det finns möjlighet till nationella riktlinjer då kunskapsunderlaget anses vara för litet.

Patienter med ME/CFS berättar väldigt sällan om bra bemötande i vården. Istället är berättelserna det motsatta. För att vända utvecklingen krävs specialistmottagningar, bättre kunskapsstöd i primärvården och mer forskning. Socialutskottet anordnade en offentlig utfrågning om ME/CFS våren 2021 och patienter liksom representanter för vården kunde konstatera bristerna och de stora behoven. Närståendes situation lyftes också under utfrågningen. Regeringen bör mot bakgrund av detta överväga insatser i syfte att ge ME/CFS-drabbade en god vård. Som en del i att öka kunskapen kring orsak samt förbättra vård och behandling av ME/CFS och andra sjukdomar som är över-representerade bland kvinnor föreslår Kristdemokraterna att det inrättas ett nationellt forskningsprogram för att stärka kvinnors hälsa. Vi avsätter 100 miljoner kronor per år till detta ändamål under utgiftsområde 16.

Sällsynta sjukdomar

Det finns många sjukdomar som kallas för sällsynta därför att färre än fem av 10 000 människor drabbats av dem. För närvarande finns ca 300 sällsynta sjukdomar och tillstånd i Socialstyrelsens statistikdatabas och Ågrenska är nationellt kunskapscentrum för sällsynta diagnoser. Det är angeläget att kunskapen om sällsynta hälsotillstånd når hela hälso- och sjukvården så att varje patient får den bästa vården. Idag brister det vilket innebär att patienter inte får den bästa vården. Regeringen bör ta fram en strategi för sällsynta sjukdomar och hälsotillstånd.

Hjärnhälsa – samlad plan

Att det har betydelse hur hjärnan mår har blivit alltmer känt. Många sjukdomar och tillstånd har sin grund i hjärnan. Vi behöver en kraftsamling för att stärka vården kring

hjärnans sjukdomar och tillstånd som är kopplade till hjärnan. Vi behöver samtidigt se det bredare samhällsperspektivet.

Hur planerar vi samhället och arbetslivet så att det bidrar till en god hjärnhälsa? Hur kan vi göra arbetslivet och livet i övrigt mindre stressfyllt? Hur ska hälso- och sjukvården bättre bidra till en god hälsa och samordnad personcentrerad vård för hjärnans sjukdomar? Vad kan socialtjänsten och skolan bidra med? Det civila samhällets del i ett hälsofrämjande arbete behöver också stärkas.

Det finns sammanfattningsvis skäl att regeringen tar sig an dessa frågor i ett samlat perspektiv och på lämpligt sätt finner former för att stärka såväl hälso- och sjukvårdens insatser för tillstånd och sjukdomar kopplade till hjärnan som det bredare samhällsperspektivet.

Digitalisering inom hälso- och sjukvården

Digitalisering är ett verktyg för att förbättra tillgängligheten och patientsäkerheten och öka kvaliteten. Dessvärre möter patienter och medarbetare oftast krångliga digitala lösningar som snarare tar tid och energi istället för att underlätta. Digitaliseringens verkliga potential ligger i möjligheterna till effektivare 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 hittills handlat om att datorisera redan befintliga informationsmängder och processer. Flera saker behöver göras för att vi ska kunna dra nytta av alla de fördelar som digitalisering kan ge.

Men det kräver strategiska nationella beslut om standarder och terminologi så att skilda system är kompatibla med varandra. Det handlar framförallt om journalsystem och kvalitetsregister men också andra system. Staten är den mest naturliga instansen för att besluta om standarder. Ett sådant ställningstagande tog en enig riksdag i maj 2019 efter motioner från bland annat Kristdemokraterna, och regeringen har nu fått mandat att agera. De bör dessutom agera skyndsamt mot bakgrund av de behov som finns inom detta område för hela hälso- och sjukvården.

Det är också avgörande att sjukvårdens medarbetare och patienter har reell möjlighet att vara delaktiga och utbildas och att processer utvecklas parallellt med de nya it-systemen. Regeringen och SKR:s styrelse har beslutat att 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 samt starkare patientinvolvering som gör patienter till medskapare av sin egen vård.

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

Det område som kanske är mest lovande inom all digitalisering av hälso- och sjukvården är de förbättrade möjligheterna till prevention och egenvård. Individualisera

preventionsinsatserna och gör patienterna mer delaktiga i sin egen vård och hälso-utveckling. Det skapar i sin tur förutsättningar för en kontinuerlig uppföljning, som görs både av patienten själv och av vårdpersonal. För att skapa de bästa förutsättningarna för denna utveckling menar vi att det är avgörande att ge patienter äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformation.

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

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

Precisionsmedicin

Precisionsmedicin syftar till att ge rätt behandling till rätt patient i rätt tid genom att sjukvården i ökande utsträckning går från att behandla alla patienter med en diagnos på ett likartat sätt, till att anpassa behandlingen till enskilda patienters genetiska, miljömässiga och livsstilspåverkade förutsättningar över tid. De nya möjligheterna till mer precis och träffsäker behandling bygger på biologisk information och biomarkörer på molekylnivå hos patienten samt patientdata om hur genetiska faktorer interagerar med miljö- och livsstilsfaktorer. Det är därför avgörande att hälsodata och vårddata tillgängliggörs på ett ändamålsenligt sätt så att forskningens och hälso- och sjukvårdens behov säkras. Samtidigt måste det tillförsäkras att patientens integritet värnas. Dessvärre finns det stora brister inom detta område idag.

Såväl patientorganisationer som professioner, forskare, regioner och företag är överens om att vi nu måste konkretisera ambitionerna för life science och precisionsmedicin. Betalningsmodeller för de nya terapierna liksom för sällsynta sjukdomar måste reformeras på ett uthålligt sätt, vårdprocesserna behöver utvecklas, patienters delaktighet behöva öka, tillgången till hälsodata måste utvecklas på ett patientsäkert sätt och de etiska dilemman som finns med dessa nya terapier måste hanteras. I budgetpropositionen lyser dock precisionsmedicin med sin frånvaro. Området verkar inte fånga regeringens intresse, utan de ger ett intryck av att det räcker med en life science-strategi och sen får det ordna sig på egen hand. Kristdemokraterna anser att det krävs nationell ledning i vissa av de frågor som är avgörande för att patienter ska kunna få del av innovativa läkemedel och behandlingar. Regeringen bör snarast återkomma med

konkreta förslag för hälsodata (inte minst för så kallad sekundär användning av hälsodata), betalningsmodeller och de andra delarna som är nödvändiga för en god utveckling.

Region Västerbotten har gjort det arbete regeringen borde gjort. De har tagit fram en s.k. vitbok om ”tillgängliggörande av avancerade terapier och nya innovativa läkemedelsbehandlingar för patienter med sällsynta och svåra sjukdomar i Sverige”. De går igenom implementerings- och betalarperspektiv på ett mycket bra sätt. Vitboken kan utgöra en vägledning för regeringen i det arbete som krävs på nationell nivå.

I Kristdemokraternas kommittémotion ”Apotek och läkemedel – en självklar del av hälso- och sjukvårdskedjan” utvecklar vi vår syn kring precisionsmedicin och life science i stort.

Spetspatienter

Studier från SKR 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 förhållningssätt 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.

Forskaren Sara Riggare har under lång tid arbetat för att synliggöra patienten i vården och skapa en förändring, inte minst på systemnivå. Hon har etablerat begreppet spetspatienter som numera också ingår i SAOL. Spetspatienterna arbetar för att utveckla vården. De anger själva följande om begreppet:

En spetspatient är en patient eller närstående som vet, kan och vill mer. Utifrån sin egen kapacitet och funktionsförmåga hanterar spetspatienter sina hälsoutmaningar på ett konstruktivt och kunskapsbaserat sätt. Spetspatienter är kunniga egenvårdare som tar ansvar för sin må-bra-tid. De är öppet egenerfarna och arbetar ofta för att förbättra vården och/eller hälso- och sjukvårdssystemet, både för sig själva och för andra patienter.

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

Bättre förutsättningar för vårdpersonal

Många av de förslag som Kristdemokraterna har för att förbättra för patienterna, förbättrar också arbetsmiljön för vårdpersonalen. Man kan också uttrycka det på det omvända sättet: De förslag vi lämnar för att minska kompetensbristen och förbättra arbetsmiljön för vårdens medarbetare förbättrar också för patienterna. Det är viktigt att se att dessa delar är kommunicerande kärn. När arbetsstrukturen ger förutsättningar för kontinuitet och trygghet minskar stressen för personalen. När överbeläggningarna minskar och samverkan mellan regioner 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 2021 finns sju av de topp-20-listade bristyrkena inom hälso- och sjukvården. Bristen gäller främst olika inriktningar av specialistsjuksköterskor, men även läkare, barnmorskor och psykologer. Såväl Socialstyrelsen som 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 Ivos 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 procents tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

Förutom att utöka antalet utbildningsplatser är det viktigt att säkerställa att ännu fler ur 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 såväl som rättsvårdande myndigheter måste även ta ett större ansvar för att sjukvården ska vara en trygg arbetsplats. Hot och våld mot vård- och omsorgspersonal ska aldrig accepteras. Kristdemokraternas konkreta förslag

på åtgärder inom detta område återfinns i vår kommittémotion ”Tydliga reaktioner mot brott”.

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

I glesbygd och landsbygd rapporteras det återkommande om bristen på medicinskt utbildad personal och allt högre kostnader för att få dit hyrpersonal. Denna utveckling måste brytas av såväl patientsäkerhetsskäl och arbetsmiljöskäl som kostnadsskäl.

Vi föreslår att det utreds hur ett statligt stöd kan utformas för att ge sjuksköterskor och läkare förmånligare anställningsvillkor i regioner där det har visat sig svårt att upprätthålla en kontinuerlig verksamhet med god kvalitet.

Specialistläkare inom allmänmedicin (distriktsläkare) är en 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. Införande av digitala verktyg där patienten själv, inför besöket, fyller i grundläggande information skulle innebära en avlastning. Vi förordar också en kartläggning och en nationell åtgärdsplan för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

Lagstadgad rätt till fortbildning

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

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

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

Tillsyn av arbetsmiljön i vården

Sedan 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och skillnaderna fortsätter att öka. Det finns många olika orsaker till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetsskador inom vissa branscher. Hur arbetet är organiserat, hur ledarskapet ser ut och vilka förutsättningar som finns att utföra arbetet är några exempel. Utmärkande för ohälsan hos kvinnor är arbetssjukdomar orsakade av sociala och organisatoriska faktorer.

I en genomförd kunskapssammanställning (2016:2) framhålls särskilt problemen inom de kvinnodominerade yrkesgrupperna inom vård, skola och omsorg. Både män och kvinnor som arbetar inom dessa sektorer mår sämre än andra.

Under 2017–2019 genomförde Arbetsmiljöverket en tillsyn av arbetsmiljön inom äldreomsorgen.⁹ I 87 procent av tillsynsärendena utkrävdes åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Sammantaget konstaterades ”stora brister och risker med arbetsmiljön”. Flera förslag till förändringar återfinns i rapporten. Kristdemokraterna anser att motsvarande tillsyn, över en längre period, behöver göras av Arbetsmiljöverket inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljöverket behöver således få ett sådant uppdrag.

Med de insikter som finns om kvinnors och mäns olika förutsättningar och om ohälsa bör Arbetsmiljöverket utveckla verktyg för och göra en kartläggning av hur kvinnor och män exponeras för riskfaktorer som kan leda till sjukskrivning och hur man kan förebygga dessa riskfaktorer.

Tandvård

Kristdemokraterna arbetar för att förbättra tandvården. Tanderna 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 var under 20 år skulle tandvården bli gratis. För alla över 20 år infördes det ett allmänt tandvårdsbidrag tillsammans med ett högkostnadsskydd. Avsikten var att uppmuntra till att kontinuerligt undersöka tänderna och underlätta de ekonomiska konsekvenserna vid större ingrepp. Ett extra stöd infördes till personer som på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling har behov av extra stora insatser. Grunderna i reformen har varit bra. Däremot har reformen inte gett önskade effekter i form av ökad besöksfrekvens. Alltför många vuxna anger fortfarande att de avstår från tandvård på grund av kostnaderna.

Enligt Socialstyrelsen har tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats. Det kvarstår dock socioekonomiska skillnader. Enligt TLV konsumerar de med allra lägst inkomster mindre tandvård, och får därför mindre stöd än individer i samma ålder med högre inkomst. Andelen vuxna över 23 år som besöker tandvården har minskat med

⁹ Arbetsmiljöverket. 2020. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/2018-007023-projektrapport-aldreomsorgen-2017-2019.pdf>.

ca sju procent mellan 2011 och 2018, i synnerhet i åldern 35–49 år. Men samtidigt har andelen akuta besök ökat vilket kan vara ett tecken på att man inte går regelbundet till tandläkaren. Kristdemokraterna anser att det behövs en omfattande informationssatsning kring tandvårdsförsäkringen. Vi ser även positivt på regeringens beslut att höja det allmänna tandvårdsbidraget. Tanderna är en del av kroppen och därför bör det på längre sikt utformas ett system som på ett bättre sätt än idag tar sikte på det. Ett steg mot detta vore att fortsätta att sänka högkostnadsskyddet.

Tandvården kan bidra till en bättre hälso- och sjukvård genom en ökad samverkan mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården. Nya kunskaper visar att såväl viss hjärt-kärlsjukdom som benskörhet kan upptäckas tidigt inom tandvården. Det innebär, menar vi kristdemokrater, att samverkan måste utvecklas så att tidig upptäckt och prevention kan öka genom en bättre och mer utvecklad samverkan mellan tandvården och övrig hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen menar också att samverkansmodeller för vård och omsorg behöver omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen menar även att ett utvecklingsområde inom tandvården är att nationell och regional kunskapsstyrning måste omfatta munhälsa och tandvård. Vi håller med om att samverkan underlättas om det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer. Socialstyrelsen menar vidare att tandvården behöver omfattas av arbetet med utvecklingen av gemensamma journalsystem och e-hälsotjänster.

Vi ser positivt på att regeringen tillsatt en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur tandvårdssystemet kan utvecklas och bli mer resurseffektivt och jämlikt, för att kunna minska skillnaderna i tandhälsa hos befolkningen. I januari 2020 kom ett tilläggsuppdrag där utredaren ska föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningen har redovisats under 2021 och är nu på remiss. För Kristdemokraterna är det viktigt att fler personer söker tandvård regelbundet, för att det ska vara möjligt att förebygga ohälsa som ofta uppkommer i senare år. Det är även viktigt att förbättra situationen för de som har särskilda tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom. Vi ser därför fram emot regeringens förslag till följd av utredningen och remissvaren.

Tandhälsan bland barn och unga

Tandhälsan bland barn och unga är generellt sett god. Däremot är tandhälsan ojämn och skiljer sig åt mellan regioner och inom åldersgrupper i varje region. Vad gäller karies hos de yngre barnen, visar Socialstyrelsens senaste undersökning att andelen barn i treårsåldern med karies är oförändrad (5 procent) sedan 2011, och bland sexåringar kunde vi se en ökning 2011–2017 med 6 procentenheter men som nu är oförändrad, 73 procent var kariesfria 2018. Kristdemokraterna ser positivt på att ökningen av antalet sexåringar med karies stannat av, men däremot är det allvarligt att mer än ¼ av barnen har karies vid sex års ålder. WHO har satt målet att 80 procent ska vara kariesfria vid sex år i Europa, Vissa regioner klarar detta, men vi har fortfarande en bit kvar nationellt¹⁰. Enligt Socialstyrelsen grundläggs goda tandvårdsvanor i förskoleåldern. Kristdemokraterna anser att mer behöver göras för att minska andelen sexåringar med karies.

När det gäller tandhälsan bland tolvåringar har den i princip varit oförändrad sedan 2014. 67 procent är kariesfria, och bland nittonåringar är tandhälsan oförändrad – 40 %

¹⁰ Socialstyrelsen, Karies bland barn och ungdomar, 11/2 -20.

är fortfarande kariesfria (2018) – efter att tidigare ha förbättrats under flera år. Kristdemokraterna menar att det behövs informationsinsatser för att öka tandhälsan bland nittonåringar.

Karies i mjölkänderna medför en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren. Det är därför avgörande för en vuxens tandhälsa hur tänderna sköts redan som litet barn. Enligt Socialstyrelsen riskerar tandhälsan att försämrans för unga på sikt, då andelen barn i sexårsåldern med karies ökade fram till 2017¹¹. Vidare är tandhälsan hos barn och unga beroende av vilken socioekonomisk bakgrund deras föräldrar har. Faktorer som låg utbildning, sämre ekonomi, invandring, unga föräldrar eller ensamstående förälder påverkar ofta barnens tandhälsa i negativ bemärkelse. Även om tandvården är fri för barn och unga innebär det att dessa barns och ungas tandhälsa är sämre.

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

Tandvårdsutredningen redovisar en liknande syn på detta.

Klagomål och brister inom tandvården

Enligt Socialstyrelsens senaste undersökning fattade Ivo beslut i 270 klagomålsärenden under 2018, och i hälften av fallen riktades kritik mot vårdgivaren. Ivo fattade också beslut i 64 lex Maria-ärenden rörande tandvård, varav 13 ledde till fortsatt tillsyn. Vi ser oroligt på att en majoritet av lex Maria-anmälningarna rörde för sen diagnos inom barn- och ungdomstandvården. Enligt Ivo har vårdgivare också behandlat patienter med kronor, broar och implantat, när patientens egentliga problematik rört karies och tandlossning. Om behandling av karies och tandlossning inte sker, kan detta leda till stora skador i munnen. Det saknas vidare information i vårdgivares journaler, t ex om varför en patient sökt vård eller om sjukdomshistorik. Enligt Socialstyrelsen har antalet anmälningar till Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) ökat och antas fortsätta öka kommande år. Enligt Löf beror det på flera olika faktorer: att det bedrivs mer vård i Sverige med en växande befolkning och en högre levnadsålder, operationer och medicinska ingrepp blir mer komplexa, kunskapen om försäkringen har ökat (både inom sjuk- och tandvård och i stort) samt på grund av patientsäkerhetslagen från 2011. Lagen innebär bl.a. att vården har en ökad skyldighet att informera vid inträffad skada. Kristdemokraterna ser det som allvarligt att anmälningarna om vårdskador ökat och att skador inom tandvård är bland de mest anmälda till Löf¹².

¹¹ Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård, april 2020, s. 90.

¹² LÖF, Skadestatistik, anmälningar till Löf under 2019.

Många är nöjda med sin tandvård. Enligt Svenskt Kvalitetsindex 2019, har tandvården de allra nöjdaste patienterna av de branscher som mäts. Men det förekommer felaktiga utbetalningar och brottslighet i tandvården. Enligt Ivos rapport för 2019 uppskattas de felaktiga utbetalningarna av det statliga tandvårdsstödet till drygt 5 procent, motsvarande ca 300 miljoner kronor per år. Varav 2/3 bedöms vara avsiktliga fel¹³ och organiserad brottslighet förekommer också rörande det statliga tandvårdsstödet¹⁴. Enligt Ivo finns koppling mellan brottslighet som rör tandvårdsstödet och brister i patientsäkerheten¹⁵. Kristdemokraterna ser det som allvarligt att det förekommer brottslighet rörande det statliga tandvårdsstödet och brister gällande patientsäkerheten; därför anser vi att regeringen behöver göra mer för att komma till rätta med dessa brister.

Förstärkning av patientlagen avseende tandvård

All vård ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”¹⁶. För att patienterna ska kunna fatta informerade beslut måste de känna till möjliga behandlingsåtgärder, inklusive deras eventuella nackdelar och biverkningar. I detta avseende finns en betydande skillnad mellan de krav som ställs på sjukvården respektive tandvården. Enligt 3 b § tandvårdslagen ska patienten av vårdgivaren informeras om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Motsvarande bestämmelse finns i 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, men där hänvisas till vad som närmare anges i 7 kap. 1 § patientlagen.

Patientlagen (2014:821) syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, men den omfattar inte behandlingar enligt tandvårdslagen. 3 kap. 1 § föreskriver att patienten ska få information om ”väsentliga risker för komplikationer och biverkningar”, men någon motsvarande skrivning förekommer inte i tandvårdslagen. Vidare föreskrivs i patientlagen (4 kap. 2 §) att vårdgivaren ska inhämta patientens samtycke efter att denne fått nödvändig information om sitt tillstånd och behandlingsmöjligheterna. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (7 kap. 1 §). Några motsvarande skrivningar finns inte i tandvårdslagen.

Att utövare av tandvård inte behöver upplysa om risken för komplikationer och biverkningar av olika behandlingsalternativ försvårar för patienterna att undvika behandlingar och material som de, om varit bättre informerade, kanske hade velat välja bort. Bristen på information medför också att det blir svårare för patienten att förstå att en uppkommen störning kan utgöra en följd av en viss behandling och att den därför inte rapporteras och åtgärdas. Detta leder i sin tur till att vårdgivarna inte får den feedback som de behöver för att bättre kunna bedöma risken för biverkningar. Sannolikt medför detta att tandvården missar en del biverkningar och komplikationer.

Kristdemokraterna anser att detta förhållande bör ses över så att patienten ges tillräcklig information och att patientens samtycke dokumenteras på lämpligt sätt.

¹³ Delegationen för korrekta utbetalningar 2019.

¹⁴ Nationellt underrättelsecentrum 2019.

¹⁵ Ivo, Vad har IVO sett 2019? s. 117.

¹⁶ HSL.

Tandvården i spåren av corona

Under pandemin har många patienter valt att skjuta upp besök i tandvården. Smittoriskerna har också gjort att många blivit tvingade att avstå även då en behandling påbörjats. Därför är det välkommet att regeringen förändrat högkostnadsskyddet så att det utökas tillfälligt under pandemin.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har uppskattat att ca 57 procent av patientbesöken görs hos en privat vårdgivare, medan folktandvården står för 43 procent. En stor del av vår svenska tandvård ges således av privata vårdgivare, varav många är småföretag, och sedan några år tillbaka finns även privata tandvårdskedjor, som alla gör viktiga insatser för människors tandhälsa. Under coronapandemin har många privata tandvårdgivare blivit ekonomiskt utsatta då många är småföretagare. Detta då all vård som kan anstå har skjutits upp eller på grund av att människor avstått från att besöka vården av rädsla för att bli smittade av covid-19. På grund av den utsatthet vi sett hos många småföretagare under krisen har Kristdemokraterna föreslagit flera åtgärder för att stötta just småföretagare. Vi har bl.a. föreslagit statliga kreditgarantier för Riksbankens lån till företagare, förändringar av korttidsarbete så att småföretagare måste omfattas, slopat företrädaransvaret för småföretagare samt utökat möjligheter för företag att skjuta upp skattebetalningar. Vi ser positivt på att regeringen har följt vårt exempel att stötta småföretagare genom att ha infört bl.a. förstärkt system för korttidspermitteringar och statliga kreditgarantier som inkluderar drabbade småföretag. Det har dock saknats insatser till de privata tandläkarna under pandemin trots att dessa ofta hamnat i en mycket svår situation. Kristdemokraterna anser att de privata tandläkarnas situation behöver uppmärksammas i spåren av pandemin.

Organdonation

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

Utredningen om donations- och transplantationsfrågor, Organdonation – En livsviktig verksamhet (SOU 2015:84), lade fram en rad förslag om hur informationen om möjligheten att ta ställning till att donera sina organ skulle kunna bli bättre, och om hur fler organ skulle kunna tas tillvara. Utredningens förslag togs väl emot av remissinstanserna, men enligt Regeringskansliets jurister kunde ett av förslagen strida mot grundlagen. En ny utredning, ”Medicinska insatser som syftar till att främja donation av biologiskt material”, tillsattes därför och dess förslag presenterades i maj 2019. Propositionen lämnades till riksdagen under hösten 2020 och Kristdemokraterna har välkomnat huvuddragen i propositionen. Dock framförde vi vissa farhågor i vår följd motion med anledning av propositionen. Liknande och synnerligen initierade synpunkter kom samtidigt från profession och patientorganisation vilket medförde att propositionen drogs tillbaka för att säkerställa att människors önskan att donera kan genomföras. För närvarande har en lagrådsremiss lämnats och vi ser fram emot en ny reviderad proposition under våren 2022. Det är beklagligt att det blivit en tidsutdräkt med tanke på regeringens senfärdighet under flera år. Men det är nödvändigt menar vi att propositionen förtydligas.

Statens medicinsk-etiska råd Smer

De medicinsk-etiska frågornas antal och svårighetsgrad ökar när teknikutvecklingen går framåt. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har uppdraget att vara i framkant när det gäller etiska bedömningar. Utredningar och kommittéer är en fråga regeringen förfogar över och därför kan inte riksdagen göra någon budgetsatsning. Dock vill vi markera vikten av att regeringen tillför Smer ytterligare resurser för att de ska kunna fullfölja sitt uppdrag.

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 suicid.

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 suicid. 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 sjukvården och anhöriga till last.

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

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

Ibland kan dessutom skönjas resonemang om att bristen på resurser inom vården skulle göra det naturligt att införa dödshjälp som ett medel för att förkorta den tid som

används för att med dyrbar medicinsk teknik förlänga vad som någon bedömer vara ett ”ovärdigt, meningslöst liv”. När resurserna är begränsade kan det bli allmänt accepterat att praktiskt taget alla resurser som används till vård och omsorg ska gå till dem som kan botas från sjukdom och ohälsa. Detta kan av vissa ytliga betraktare upplevas som rimligt, men skulle i grunden förändra den värdegrund som hälso- och sjukvården bygger på. Om dödshjälp tillåts, riskerar förtroendet för sjukvården att undergrävas. Handikapporganisationer möter redan idag personer som upplevt hur behandling av akuta sjukdomstillstånd och livsnödvändiga åtgärder har ifrågasatts eftersom de redan har en omfattande funktionsnedsättning.

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

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

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

Grundregeln är att patienten har rätt att själv avgöra om den vill ha vård eller ej. Patienten måste i princip själv bestämma vilken behandling denne vill utsätta sig för.

Om det bedöms att döden är nära förestående och att återvändo till en meningsfull tillvaro är utesluten, är det accepterat att livsuppehållande behandling inte 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 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 och ångestdämpning, sprids bland vårdpersonal och allmänhet.

Värdig vård i livets slutskede

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

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

Vilka krav ska ställas i vården vid livets slutskede?

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

Vi har i dag bättre kunskap om hur svårt sjuka personer kan behandlas och vi har stor tillgång till smärtstillande och ångestdämpande mediciner. Men att det finns bra forskningsrapporter och studier om goda smärtstillande metoder är ingen garanti för att den enskilde får en god vård. Det som är avgörande är att kunskapen och kompetensen omsätts i praktiken. För oss kristdemokrater är det en självklarhet att vården så snart som möjligt använder den nya kunskapen på området så att det kommer den enskilde till del. Vi anser även att det är viktigt att det i alla kommuner, regioner 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 liksom 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 tilläggsspecialitet sedan 2015. Det är ett steg i rätt riktning och innebär att specialistläkare inom en klinisk basspecialitet kan bygga på med en specialistutbildning inom palliativ medicin.

Fördelen med att göra palliativ vård till en egen specialitet är att ämnesområdet skulle tydliggöras inom den akademiska världen, vilket underlättar forskningen. En annan fördel är att palliativ vård skulle ingå som en obligatorisk del i grundutbildningen. Idag finns bara möjlighet att läsa enstaka korta kurser i palliativ medicin på vissa fakulteter, och det är ett ämne som ska konkurrera med andra ämnen som ofta

anses ha högre status. Flera rapporter om den palliativa vården i Sverige har påvisat stora regionala skillnader och att tillgången till kompetens är otillräcklig. Om Sverige i likhet med England, Polen, Rumänien, Kanada och USA inför palliativ vård som egen medicinsk specialitet skulle det innebära att den kunskap vi har i Sverige kan samlas och sedan spridas i landet för att motverka de regionala skillnaderna.

Hospice – hemlik vård i livets slutskede

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

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

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

Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är ett stort problem för många par. Ungefär en tiondel av de par som önskar få barn tillsammans i Sverige är drabbade. Den livskris detta orsakar måste tas på stort allvar. Att vilja bli förälder men inte kunna väcker ofta existentiella frågor. Forskning visar att ofrivillig barnlöshet för många är något av det mest påfrestande någon kan utsättas för. Det kan liknas vid en mycket långdragen kris utan tydlig avgränsning i tid. Därtill är det också ofta något som omvärlden inte känner till. Att på olika sätt stödja och hjälpa personer i den livssituationen är naturligt för oss som tror på familjens och de små gemenskapernas betydelse. Det kan handla om att bejaka fertilitetsbehandling inom etiska ramar, men också om att arbeta för större öppenhet i samtal runt barnlöshet och bättre möjlighet till exempelvis stödsamtal och krisbearbetning. Men det är också viktigt att politiskt verka för en kulturell och social situation som möjliggör och uppmuntrar familjebildning och barnafödande i åldrar 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 vårdningsreglerna. 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 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 föräldern är i sitt föräldraskap. Det var också något som den dåvarande socialdemokratiska regeringen poängterade i propositionen som möjliggjorde assisterad befruktning för lesbiska par (prop. 2004/05:137): Att ha två föräldrar ger barnet trygghet ekonomiskt, socialt och rättsligt – inte bara under den tid familjen lever tillsammans utan också ifall föräldrarna skulle separera eller någon av dem skulle avlida. Barnet har rätt till underhåll från sina föräldrar och arvsrätt efter dem och deras släktingar. Vidare är reglerna om vårdnad, boende och umgänge knutna till föräldraskapet.

Barnets rätt till båda sina föräldrar speglar behovet av att skydda barnet och få ett utpekat föräldraansvar, inte minst ett försörjningsansvar. Barn som kommer till genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor har endast en rättslig förälder och en försörjare. Kristdemokraterna anser att eventuella framtida förslag till ändringar av gällande rätt eller praxis bör präglas av försiktighetsprincipen och ta sin utgångspunkt i barnets bästa.

Mer forskning om barnen

Det är angeläget att det bedrivs forskning för att förbättra kunskapsunderlaget om konsekvenserna för barnen och deras familjer, när barnen kommit till genom assisterad

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

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

Surrogatmödraskap

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

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

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

I delar av världen finns en växande verksamhet kring surrogatmödraskap. I Indien har det länge varit en väg för fattiga kvinnor att få en inkomst. Ersättningar innebär att surrogatmödraskapet blir ett alternativt sätt att tjäna pengar. Att bära ett barn i nio månader, med alla de medicinska risker det innebär, för att sedan lämna barnet ifrån sig är en inhuman hantering av föräldraskap och av barns rätt till sina föräldrar. Efter uppmärksammade fall, bland annat rapportering om att surrogatmodrar avlidit som en följd av graviditeten eller förlossningen, så har lagstiftningen i Indien stramats åt. Detta

ledde till en ökning av antalet som vände sig till andra länder för surrogatarrangemang, bland annat till Thailand. Även där har lagstiftningen stramats åt efter medialt uppmärksammade fall, inte minst ett där surrogatarrangemanget ledde till en tvillingfödsel där det ena barnet föddes med Downs syndrom vilket slutade med att enbart det andra barnet övergick till det tilltänkta föräldraparet. För närvarande förefaller det vara USA, Ukraina och Georgien som är de länder där antalet internationella surrogatarrangemang ökar.

Det finns en risk att ett system som tillåter surrogatmödraskap leder till exploatering av socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor. Vi vill inte medverka till det. 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 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.

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

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

Abort

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

Mot bakgrund av människovärdesprincipen är det omöjligt för staten och lagstiftaren att ställa sig neutrala till det etiska dilemma som en abort innebär. En abort innebär att ett liv släcks. Lösningen på detta dilemma är emellertid inte förbud. Erfarenheten visar att där aborter inte är tillåtna utförs de ändå, och då med metoder som hotar kvinnors liv och hälsa.

Kristdemokraterna försvarar aborträtten och nuvarande lagstiftning. Det är inte rimligt att någon annan än kvinnan fram till vecka 18 fattar det avgörande beslutet om en eventuell abort. Det offentligas ansvar är att stödja kvinnan oavsett beslut. Förutom det stöd som kan behövas i själva beslutsprocessen så har vi ett ansvar för 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

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 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 graviditeten¹⁷. År 1995 utfördes 55 procent av aborterna före vecka 9 och 10 procent före vecka 7. Under 2020 var motsvarande andelar 85 procent före vecka 9 och 60 procent före vecka 7. Under 2018 bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd 545 ansökningar av abort efter vecka 18. Av dessa ansågs 525 ha synnerliga skäl och ansökan om abort beviljades.

Trots att vår lagstiftning tar fasta på fostrets möjlighet att överleva vittnar vårdpersonal om att det ändå förekommer att aborter görs i ett så sent skede att lagen riskerar att överträdas eller till och med överträds. Enligt Socialstyrelsens rättsliga råd står det klart att en abort ska vara avslutad före ingången 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 tydligt i hur lagen ska tillämpas, men vi bevakar frågan. Om det skulle komma att ändras behöver lagstiftningen ses över i syfte att upprätthålla det som är lagens mening: att aborter inte beviljas så sent i graviditeten att fostret kan 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

¹⁷ Socialstyrelsen, Statistik om aborter 2019.

finnas tydliga rutiner för omhändertagandet. Inget barn får lämnas att dö. Om den nyfödda inte har förutsättningar att överleva ska palliativa insatser vidtas för ett värdigt och i möjligaste mån smärtfritt avslut.

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.

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

Regeringen införde 2017 kostnadsfria preventivmedel för ungdomar som inte har fyllt 21 år. Reformen är en viktig del i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter bland ungdomar. Det är glädjande att antalet aborter bland unga minskar. År 2020 rapporterades färre än 9 aborter per 1 000 i åldersgruppen 15–19 år och det motsvarar mer än en halvering jämfört med år 2009. Även i åldersgruppen 20–24 år observeras en minskning av antal aborter under tioårsperioden, från 33 per 1 000 kvinnor år 2009 till 22 år 2019. Det är fortsatt angeläget att ytterligare minska antalet oönskade graviditeter i åldersgruppen 20–24 år. Att subventionera preventivmedel även för personer upp till 24 år kan vara en möjlig åtgärd. Kristdemokraterna vill därför att Socialstyrelsen utreder behovet av kostnadsfria preventivmedel för ungdomar upp till 24 år.

Fosterdiagnostik

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

Kristdemokraterna vill inte medverka till ett samhälle där staten sanktionerar att personer sorteras ut med hänsyn till särskilda egenskaper, avvikelser, sjukdomar eller handikapp av samma anledning som vi inte vill ha ett samhälle där personer sorteras bort på grund av exempelvis kön eller ras, nämligen varje människas lika och unika människovärde. 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 kromosom-

avvikelsen 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 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 välkommande och öppet samhälle som kan möta särskilda behov hos sina medborgare bör den typ av fosterdiagnostik som kan leda till att barn väljs bort på grund av särskilda egenskaper eller avvikelser istället praktiseras med 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. 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. Det är i hög grad rimligt att i samband med information om fostervattenprov också informera om vilket stöd till barn och föräldrar som samhället ger, om provet skulle visa risk för fosterskada av något slag. Debatten om, och varningen för, selekterande fosterdiagnostik behövs för att värna människovärdet, motverka en relativisering av detta och motverka diskriminering.

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

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

Arbetet som exempelvis barnmorska innefattar många olika arbetsuppgifter. En stor arbetsgivare kan därför organisera arbetet så att det går att tillgodose medarbetarnas önskan att inte medverka vid vissa typer av ingrepp och de kan i stället ta ett större ansvar i andra svåra delar av arbetet. Det är viktigt att poängtera att utgångspunkten för

arbetsgivaren alltid måste vara hälso- och sjukvårdslagen. Den står givetvis över personalpolicyn. Ingen medarbetare har en ovillkorad rätt att avstå vissa arbetsuppgifter som ingår i yrkesexamen.

Mångfald av utövare

Det finns ett hot mot hela välfärden på grund av att några partier vill införa vad de kallar ett vinsttak för privata aktörer som i praktiken skulle innebära ett nästan totalt stopp på möjligheterna att långsiktigt driva och utveckla dessa verksamheter. Ett vinsttak enligt Valfärdsutredningens förslag skulle försämra förutsättningarna för de privata aktörerna så radikalt att de inte skulle kunna fortsätta sina verksamheter. Det så kallade vinsttaket innebär enligt utredningens förslag att företagets vinst får motsvara maximalt 7 procent av det bokförda operativa kapitalet per år. Det motsvarar ett överskott om ca 0–2 procent vilket är för lite för att klara investeringar eller för att utgöra buffert för oväntade händelser.

Tyvärr tycks det dock vara en bärande idé i den politik som de rödgröna partierna för att beskära den enskildes makt. Vänsterns politik innebär nämligen en tydlig stoppolitik 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 och 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 den 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 att uppfylla sämre villkor än de krav som tillsynsmyndigheterna ställer på motsvarande utförare inom privat driven verksamhet.

Trots tillkännagivande från riksdagen har regeringen 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 den bör 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 Ivos krav.

Inför en rimlig kostnad för tillståndsprövning hos Ivo

Vi kristdemokrater stödde förslaget att utöka tillståndsplikten 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. Sedan den 1 januari 2019 kostar det 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 aktörer 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. Regeringen bör snarast på lämpligt sätt tillse att avgifterna för tillståndsprövning reduceras väsentligt.

Ett hinder för en privat aktör att starta egen omsorgsverksamhet eller ta över en kommunal omsorgsverksamhet, är de idag långa handläggningstiderna för att få tillstånd av Ivo. En översyn bör snarast göras för att överväga möjligheten att införa ett förenklat tillståndsförfarande för aktörer som redan bedriver annan verksamhet som beviljats tillstånd av Ivo. Vi noterar med tillfredsställelse att Ivo har lämnat förslag till regeringen om sänkning av avgifterna.

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 valfardsinsyn.se. Det är angeläget att arbetet slutförs och att alla inblandade parter, inte minst regeringen, känner ett fortsatt ansvar i detta.

Offentlighetsprincipen är ett fundament i svensk skattefinansierad verksamhet; meddelarfriheten är en viktig del av vår demokratiska tradition. Plattformen för välfärdsinsyn kan möjliggöra att vårdgivare frivilligt ansluter sig till meddelarfriheten.

Den skulle på så sätt gälla även privata vård- och omsorgsgivare med offentlig finansiering. Kortsiktiga ägare som maximerar vinst på bekostnad av kvalitet och sysslar med avancerad skatteplanering i länder med begränsad insyn ligger inte i skattebetalarnas intresse. Bristande ägaransvar och brist på långsiktighet riskerar att urholka allmänhetens förtroende för vården.

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

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 Regioner 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 Regioner.

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

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

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

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

Vi vill därför skapa en fond som syftar till att främja den ideella sektorns möjlighet till socialt företagande och då särskilt som utförare av välfärdstjänster. Vi avsätter 300 miljoner kronor för detta ändamål för 2022. 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 syftet att främja investeringar i den sociala sektorn. Den kapitaliseras inledningsvis med tillskott från såväl staten som andra investerare.

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

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

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) är en synnerligen viktig myndighet som infördes på Kristdemokraternas initiativ under alliansregeringen. En välfungerande och fristående tillsyn av all verksamhet som rör socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) behövs för att stärka patientsäkerheten och förtroendet för sektorn. Myndigheten ska också säkerställa goda möjligheter för enskilda att klaga och anmäla befarade missförhållanden. Tillståndsverksamheten måste säkerställa en likvärdig bedömning och bygga på en god förståelse för de verksamheter som avses.

I Riksrevisionens rapport Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33) görs flera angelägna iakttagelser som visar att Ivo vid den tidpunkten inte fullt ut levde upp till sin roll som tillsynsmyndighet. Det är viktigt att ha i åtanke att Ivo fortfarande är en ung myndighet och det tar givetvis tid innan den finner rätt form för verksamhet och rekommendationer. Med det sagt tar Kristdemokraterna Riksrevisionens bedömningar på allvar. Vi beklagar att regeringen i sitt svar (2019/20:121) väljer att inte vidta åtgärder för att följa samtliga rekommendationer från Riksrevisionen.

Riksrevisionen menar bl.a. att effektiviseringen av tillsynsverksamheten gått långsamt, att de skarpare sanktionsverktygen används i en begränsad omfattning och att det inte finns lättåtkomliga bedömningsstöd. Vidare anser man att det finns problem i it-miljön, i den interna effektiviteten och åtkomsten till bedömningsunderlag inför tillsynsbeslut samt att stödsystemen behöver utvecklas. Riksrevisionen visar att det inte finns en systematisk uppföljning av hur de som inspekteras tar till sig ändringar och att det därför är svårt för Ivo att redovisa vad som hänt efter tillsynsinsatser. Kristdemokraterna

anser att regeringen borde följa Riksrevisionens rekommendation fullt ut och vidta åtgärder för att säkerställa att Ivos redovisning av tillsynens resultat går att följa över tid.

Det är dock glädjande att Ivo på egen hand genomför nödvändigt utvecklingsarbete för att stärka myndigheten. Bland annat har myndighet lämnat 40 förslag till regeringen på förordningsändringar m.m. som krävs för att myndigheten ska kunna fullgöra sitt arbete på bästa sätt. IVO genomför också en stor förändring genom att skapa förutsättningar för mer datadriven tillsyn. Tipsa Ivo är namnet på en ny digital funktion som kan öka tillgängligheten för den som vill berätta om missförhållanden av olika slag.

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att ge Ivo stabila ekonomiska ramar för att Ivo ska kunna planera för en hållbar och långsiktig kompetensförsörjning i syfte att fullgöra tillsynsuppdraget. Kristdemokraterna beklagar att regeringen inte hörsammar denna kritik. Det är viktigt att de ekonomiska ramarna är tillräckliga och långsiktigt förutsägbara för att myndigheten ska kunna ha goda förutsättningar att bedriva strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn. Detta är något Kristdemokraterna prioriterar i sin budget genom en förstärkning med 25 miljoner kronor årligen inom utgiftsområde 9.

Ebba Busch (KD)

Jakob Forssmed (KD)

Andreas Carlson (KD)

Acko Ankarberg Johansson (KD)

Camilla Brodin (KD)

Hans Eklind (KD)

Mikael Oscarsson (KD)