



VÄLFÄRDSLÖFTET

Vård- och omsorgsprogram
fastställt av Rikstinget 2017



Facebook: facebook.com/kristdemokraterna
Instagram: [@kristdemokraterna](https://instagram.com/kristdemokraterna), [@buschebba](https://instagram.com/buschebba)
Twitter: [@kdriks](https://twitter.com/kdriks), [@BuschEbba](https://twitter.com/BuschEbba)
Webbplats: www.kristdemokraterna.se
E-post: info@kristdemokraterna.se

Innehåll

Förord.....	4
Kristdemokraternas och Alliansens reformer inom vård och omsorg under 2006-2014	6
Sverige behöver en ny reformagenda inom vård och omsorg.....	7
Kristdemokraternas välfärdslöfte.....	8
1. Statligt ansvar för sjukvården.....	8
2. Mångfald och valfrihet för ökad kvalitet.....	10
3. Fler vårdplatser	12
4. Återinför kömiljarden.....	14
5. Trygg vård nära dig genom investering i primärvården	15
Ökad nationell samordning av primärvården	16
Ökad tillgänglighet inom primärvården	16
Vässad vårdgaranti	17
Återinför patientansvarig läkare	18
Förebyggande arbete genom primärvården	18
En mer tillgänglig missbruks- och beroendevård	19
Rehabilitering	19
6. Utökad e-hälsa.....	20
7. Kompetensförsörjning och förbättrade förutsättningar för vårdpersonal	22
Kompetensförsörjning.....	22
Vårdserviceteam ger vårdpersonalen tid att fokusera på patientens vård	24
8. Förstärk apotekens roll inom hälso- och sjukvården	25
9. Ökad delaktighet – certifierade patienter.....	28
10. Hemtagningsteam - trygg övergång från sjukhusvistelse	29
11. En äldrevård och omsorg baserat på självbestämmande, värdighet och trygghet.....	31
Ett värdigt boende utifrån den äldres behov	31
Trygghet och tillit inom hemtjänsten.....	32
12. En förstärkt barn- och ungdomshälsovård.....	34
Elevhälsogaranti	34
Ökat föräldrastöd	34
Kortare väntetider till barn och ungdomspsykiatri	35
En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri	35
Kartläggning av orsakerna till den ökande psykiska ohälsan	36
13. Sociala utfallskontrakt.....	36
14. Tryggare förlossningsvård	38



15.	Ideella sektorns bidrag till god vård och omsorg	40
16.	Socialtjänstens problem och möjligheter.....	42
	Stärk professionens ställning.....	43
	En nationell kris-socialjour	44
	Barn i en utsatt situation	46
	Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras	46

Förord

Svenskarnas förtroende för sjukvården har sjunkit de senaste åren. Enligt en studie av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är förtroendet också lägre för vården i Sverige än i de flesta jämförbara länder. Socialstyrelsens kartläggning av väntetiderna på sjukhusakuterna visar att varannan patient tillbringar mer än tre timmar på akuten och var tionde patient nära sju timmar eller längre. Socialstyrelsen visar dessutom att de som får vänta längst är personer över 80 år. Tillgång till den bästa vården och väntetiderna, till och med på livsnödvändig behandling, skiljer sig kraftigt åt beroende på bostadsadress.

Samtidigt håller svensk hälso- och sjukvård en mycket hög klass, ofta rankad i världsklass. Den medicintekniska utvecklingen går med en rasande fart och nya landvinningar inom medicinen blir till vardagliga behandlingar inom sjukvården och därigenom till gagn för äldre och unga. Därutöver är den svenska äldreomsorgen en förebild på många olika sätt, både för sitt innehåll och för den solidariska finansieringen. Vård och omsorg i ett brett perspektiv håller hög klass samtidigt som det finns stora brister.

Brister och hög kvalitet samtidigt? Ja, så ser den sammansatta bilden av svensk hälso- och sjukvård ut idag. Därför krävs en politik som både stärker det som fungerar väl och vågar ompröva invanda föreställningar och strukturer. Kristdemokraterna föreslår därför en rejäl reformagenda som svarar upp mot detta. Åtgärder som stärker det som fungerar väl och åtgärder som vågar ompröva i grunden.

Alla ska kunna lita på att hälso- och sjukvården fungerar när den behövs. Och att den finns där när den behövs. Det handlar om de hastiga magsmärtorna som behöver undersökas och behandlas rätt, fallet från cykeln som leder till bruten handled och hjärnskakning, ryggen som krånglar eller något annat av alla de där ganska vanliga åkommorna som kan drabba oss alla någon gång i livet. Det handlar också om de gånger vi har ont i själen och behöver hjälp av psykiatrin. För några av oss är det de riktigt svåra eller kroniska sjukdomarna som gör att vi behöver akut eller långvarig kontakt med sjukvården. Och det handlar om när vi inte klarar oss själva och behöver stöd av äldreomsorgen eller kanske palliativ vård. Vården och omsorgen måste finnas där och fungera på bästa sätt. Ingen patient eller vårdtagare ska behöva fundera över vem som är huvudman eller utförare. Det ska fungera sömlöst.

Förutom bristande jämlikhet i vården finns idag ett reellt hot från regeringen som vill införa ett vinsttak för privata utförare inom vården och omsorgen. Ett vinsttak enligt Valfärdsutredningens förslag skulle beröra minst 6 000 utförare och innebär att



förutsättningarna försämras radikalt. En rimlig vinst är nödvändigt för att klara investeringar, få en buffert för oväntade händelser och det är också rimligt att den som satsat kapital kan få utdelning som inte är avsevärt sämre än andra placeringsalternativ. Genom fler utförare inom vård och omsorg ges den enskilde makt att välja i en utsatt situation. Det är viktigt att kunna välja utförare för den som inte klarar sig själv och behöver omfattande hjälp. Genom färre utförare, som skulle bli resultatet om regeringens förslag vinner gehör, är vi åter i en situation där människor med behov av vård och omsorg får ett minskat självbestämmande. Kristdemokraterna kommer rösta emot regeringens förslag som innebär att mångfalden beskärs och enskilda får minskat självbestämmande.

Flera av förslagen i detta vård- och omsorgsprogram kräver ingen ny lagstiftning utan kommer att föreslås och genomföras av kristdemokrater i respektive kommun och landsting/region. Varje ny reform som innebär ökade kostnader kommer att finansieras i den samlade budgetmotion som lämnas av den kristdemokratiska riksdagsgruppen. Vissa av reformerna är stora och kräver, fullt utbyggda, omfattande resurstillskott. Sådana reformer kan behöva införas stegvis eller byggas ut successivt och i den takt ekonomin tillåter. Många förslag i denna proposition finns med i de parti- och kommittémotioner som Kristdemokraterna la i riksdagen hösten 2017. På så sätt kan förslagen prövas av riksdagen under innevarande mandatperiod.



Kristdemokraternas och Alliansens reformer inom vård och omsorg under 2006-2014

Under kristdemokratisk ledning arbetade Alliansregeringen i åtta år för att vi skulle få en vård med hög kvalitet som finansieras av oss alla tillsammans och samtidigt är tillgänglig för alla som behöver den.

Allt oftare hotas hälso- och sjukvården av en materialistisk människosyn och en utilitaristisk etik, där människovärde och rättigheter saknas och den sammanlagda nyttan tros kunna beräknas vid varje enskilt vårdtillfälle. För hälso- och sjukvården är det avgörande betydelse att etiska frågor hålls levande och att den materialistiska människosynen och utilitarismens etik avslöjas och avvisas.

Det är av stor vikt att svensk hälso- och sjukvård genomsyras av den judisk-kristna människosynen och etiken. Tillsammans med naturrätten ligger de till grund för internationella deklarationer om mänskliga rättigheter och medicinsk etik. Denna människosyn, som betonar alla människors absoluta och okränkbara värde, har motiverat uppkomsten av en solidarisk sjukvård i vår del av världen. Medmänsklighet, värme och omsorg sätts då i främsta rummet tillsammans med professionalitet.

Genom vårdgarantin och kömiljarden kortade vi under Alliansens regeringstid köerna i sjukvården och gjorde så att fler fick vård snabbare. Vi byggde ut psykiatrin, cancervården, vården av kroniskt sjuka och tandvården. Tack vare Alliansens apoteksreform finns det i dag betydligt fler apotek, med betydligt generösare öppettider, och receptfria läkemedel säljs dessutom i vanliga affärer. Tillsammans i Alliansen förbättrade vi vården för de mest sjuka äldre och satsade på att öka tillgången på anpassade äldreboende. Genom den parboendegaranti vi införde har makar och sambos fått rätt att åldras tillsammans. Vi har tagit viktiga steg mot en bättre, mer tillgänglig och jämlik vård. Men vi är långtifrån nöjda med detta.

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



Personer som har svårt att göra sina röster hörda eller nyttja sina rättigheter ska garanteras särskilt stöd. Vården och omsorgen ska ha en helhetssyn på människan som tar hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov. Utvecklingen ska fortsätta mot en personcentrerad vård.

Framtidens sjukvård står inför stora utmaningar, vården är inte jämlik och det finns fortsatta brister med överbeläggningar, brister i patientsäkerhet och vårdköer. Vården blir också alltmer högspecialiserad och högteknologisk. Mot den bakgrunden finns det all anledning att se över sjukvårdens organisering och innehåll.

Vården och omsorgen om äldre måste i större utsträckning utgå från att vi inte blir mer lika varandra för att vi blir äldre. Hänsyn till den enskildes behov är en förutsättning för hög kvalitet i omsorgen.

Sverige behöver en ny reformagenda inom vård och omsorg

Den socialdemokratiskt ledda regeringen som tillträdde 2014 valde att stoppa flera av dessa viktiga förändringar inom vård och omsorg som gjorts av Alliansen under ledning av Kristdemokraterna. Kömiljarden avskaffades, prestationsbaserade ersättningar till vården och omsorgen togs bort, valfriheten hotas och den viktiga utredningen om framtidens äldreomsorg lades ned. Enstaka nya utredningar har tillkommit men reformerna lyser med sin frånvaro. Sammantaget har vården och omsorgen fått alltför lite uppmärksamhet av den socialdemokratiskt ledda regeringen. Vår bedömning är att vården och omsorgen är en av våra viktigaste frågor och kräver såväl reformer som politiskt engagemang. Kristdemokraterna presenterar här en reformagenda som gör att det välfärdssvek som den nuvarande regeringen står för kan vändas till ett välfärdslöfte. Ett löfte som vi kommer infria i regeringsställning.

Kristdemokraternas välfärdslöfte

1. Statligt ansvar för sjukvården

På många sätt är vården i vårt land högklassig. Problemet är att alla inte får ta del av den bästa vården. Väntetider och behandlingsmetoder skiljer sig kraftigt åt beroende på bostadsadress. Äldre och patienter med kroniska sjukdomar drabbas hårdast. För att alla - i hela landet - ska få tillgång till högkvalitativ vård krävs ett ökat statligt ansvarstagande för vårdens organisation. Då kan även resurserna nyttjas effektivare och vi kan säkra en god, jämställd, effektiv och jämlik sjukvård.

År 1862 tog landstingen över ansvaret för vården i vårt land. Då, för 155 år sedan, var medicinerna få och inte särskilt verksamma. Jämfört med idag var den medicinska tekniken väldigt primitiv. Organisationen med 21 olika landsting är vare sig anpassad till den sjukvård som vi kan och har i uppdrag att leverera idag eller till de behov som står för dörren. Det gör att patienterna blir lidande. Informationsutbytet mellan de olika landstingen är fortsatt begränsat, då journal- och IT-systemen inte är kompatibla med varandra. Dagens hälso- och sjukvårdsorganisation riskerar dessutom att förstärka, snarare än att jämna ut, de ojämlikheter som finns kopplade till bland annat kön eller socioekonomisk bakgrund. Sannolikheten för att högutbildade personer behandlas med nya, dyrare läkemedel vid hjärtsviktsbehandling är till exempel större än för lågutbildade och personer som är födda utanför EU. Den statliga offentliga utredningen ”Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa” (SOU 2015:98) fastställer ytterligare brister med dagens vårdorganisation. Vårdpersonal som utför mer avancerade behandlingar får inte göra det tillräckligt ofta för att utveckla expertisen. Patientunderlaget i enskilda landsting eller sjukhus är helt enkelt för litet. Men framför allt skiljer sig den medicinska kvaliteten och resultatet åt beroende på var i landet patienten bor. Det är inte rimligt.

Kristdemokraterna och alliansregeringen tog initiativ till etablering av regionala cancercentrum (RCC), ett i varje sjukvårdsregion, utifrån förslagen i betänkandet ”En nationell cancerstrategi för framtiden” (SOU 2009:11). Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten, samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. Etableringen av RCC är en ambition i rätt riktning för en mer jämlik cancervård. Flera framsteg har gjorts. Exempelvis har framtagning av nationella vårdprogram och kvalitetsregister för vissa cancerformer bidragit till en höjd kvalitet inom cancervården. Samtidigt noterar Socialstyrelsens i sin rapport ”Uppbyggnaden av

regionala cancercentrum - En samlad bedömning från fyra års uppföljning” att det finns exempel på landsting och sjukhus- och klinikledning som är mindre engagerade i RCC. I vissa regioner uttrycks dessutom oro över RCC:s framtid efter 2018. Det är en befogad oro eftersom det inte är klarlagt om den statliga finansieringen ska fortsätta efter den innevarande mandatperioden. Vidare visar jämförelser från ”RCC i samverkan” 2016 alltjämt på stora och oförsvarliga regionala skillnader när det gäller till exempel tillgänglighet.

Varje år diagnostiseras ca 4 100 personer med lungcancer. Den maximala väntetiden från remissdatum till start av kirurgi eller strålbehandling rekommenderas vara 44 dagar. Endast två landsting, Värmland och Dalarna, lyckas dock leverera behandling inom den rekommenderade tiden (37 respektive 44 dagar). Genomsnittet i riket är 70 dagar. I Halland får patienterna vänta i genomsnitt 95 dagar. Varje år diagnostiseras ca 900 personer med högmaligna hjärntumörer. För dessa patienter varierar den genomsnittliga väntetiden från remissdatum till operation från åtta dagar i Uppsala (där 88 % genomgår kirurgi inom 20 dagar) till 27 dagar i Gävleborg (där endast 30 % genomgår kirurgi inom 20 dagar). Inom RCC i samverkan pågår ett arbete med att förkorta väntetiden till behandling genom införande av ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Dessa nationella insatser som syftar till att korta kötiderna är livsviktigt då de långa väntetiderna riskerar att leda till mer avancerade tumörer. Den stress och oro som patienten och deras anhöriga utsätts för under alltför långa väntetider är oacceptabel.

En mer koncentrerad vård ger tydliga vinster både för patienter och samhället i stort. Den enskilda patienten kan få längre sjuktransporter jämfört med idag. Det är emellertid något som de flesta kan acceptera när de kompenseras med en avsevärt förhöjd vårdkvalitet. När kvalificerad och specialiserad vårdpersonal samlas på färre enheter främjas kunskapsutbyte och kompetensutveckling. När avancerad och dyrbar medicinsk utrustning endast behöver etableras på ett fåtal enheter nyttjas både utrustning och våra gemensamma välfärdsresurser mer effektivt och vi står bättre rustade att fortsätta den medicinska utvecklingen för morgondagens vårdbehov.

Ytterligare en stor fördel med att koncentrera vården och öka det statliga ansvaret för sjukvården är att forskning och kvalitetsutveckling stimuleras. En stark forskning kräver tillräckligt stora patientunderlag. Det är därför avgörande att samla patienter till färre vårdenheter. En koncentrerad vård möjliggör även att vi kan sammanföra en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal tillsammans med biostatistiker och andra forskningskompetenser. Något som är avgörande för att skapa förutsättningar för en stimulerande och framgångsrik forskningsmiljö.

Syftet med att koncentrera vården är inte att all avancerad sjukhusvård ska centreras till storstadsregionerna. Istället kan olika specialiteter etableras i olika delar av landet. Erfarenheterna från den norska omorganisationen med statligt huvudmannaskap är mycket goda. Våra länders många likheter talar för att den svenska vården bör lära av Norges erfarenheter. Kristdemokraterna anser att ett ökat statligt ansvar för vården är nödvändigt om vi alla ska få del av den snabba utvecklingen av banbrytande medicinska framsteg. Oavsett var i landet du bor ska du ha tillgång till högkvalitativ vård inom rimlig tid. Ett viktigt första steg i denna process är att staten tar ansvar för den avancerade sjukhusvården.

En förutsättning för att en reform av sjukvårdens ansvarsfördelning blir framgångsrik är att den baseras på ändamålsenliga och tillfredsställande konsekvensberedningar. Effekterna för patienterna, staten och nuvarande huvudmän måste belysas. Kristdemokraterna föreslår därför att det tillsätts en parlamentarisk utredning. Utredningen ska klarlägga och överväga förslag på ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan stat och nuvarande huvudmän med målet att uppnå en patientfokuserad, effektivare, mer rättvis och jämlik vård.

Förslag:

1. Staten behöver ta huvudansvar för att säkra en god, jämställd, effektiv och jämlik sjukvård. En parlamentarisk utredning ska klarlägga och överväga förslag på en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan stat och nuvarande huvudmän.

2. Mångfald och valfrihet för ökad kvalitet

Människors välbefinnande ökar när de har makt att påverka sin egen livssituation. Det gäller alltifrån utbildning och jobb, familjebildning och bostad till vård och omsorg. Att människor kan göra aktiva val för sin hälsa och sitt välmående är betydelsefullt. Inte minst vid val av äldreboende, vårdcentral eller hemtjänstutförare. Detta borde vara självklarheter i ett välutvecklat välfärdssamhälle.

Givetvis ska kommuner och landsting vara garantier för vården och omsorgen, men vem som utför tjänsterna måste ligga i händerna på medborgarna. När människor har flera goda utförare att välja bland ges förutsättningar för att kvaliteten i vården och omsorgen kan öka och att var och en kan få sina behov tillgodosedda. När medborgare jämför, diskuterar och sätter sig in i olika utförares inriktningar och erbjudanden skapas ett engagemang.

Mångfalden skapar positiva effekter. Det ger möjligheter för människor att välja bort det som inte fungerar eller aktivt välja en speciell inriktning eller profil. Välfärdsföretagen som satsar



på viktiga kompetenser och har utbildad och fortbildad personal gynnas, medan sådana som enbart ser till gamla lösningar på nya problem och utmaningar tappar i attraktionskraft.

Vill vi ha entreprenörer som tillsammans med investerare är med och utvecklar välfärden måste de kunna göra en vinst som sedan kan delas ut från bolaget. Utan entreprenörer och privata välfärdsaktörer kommer självbestämmandet i praktiken att kraftigt begränsas eller försvinna. Det är därför som regeringens vinstutredning är så skadlig; bara att den är tillsatt har gjort att många enskilda aktörer, företag och investerare har valt att stiga åt sidan eller låtit bli att göra investeringar. Riksdagen har också vid flera tillfällen markerat att utredningens inriktning är fel och att det saknas parlamentariskt stöd för att genomföra den stoppolitik som regeringen planerar. Att regeringen trots detta har aviserat att de tänker gå vidare med vinstförbud är skadligt, för näringsklimatet i landet som helhet men framförallt är det ett hot mot välfärden. Vi har inte råd att tacka nej till välfungerande verksamheter och den drivkraft och kompetens som finns bland de som driver verksamheter inom vård och omsorg.

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 kvalitetskrav. Det gäller såväl privat som offentligt driven vård och omsorg.

En mångfald av aktörer inom välfärdssektorn är också en förutsättning för att ideellt driven och idéburen vård och omsorg ska kunna växa fram och drivas. I många länder är denna sektor den dominerande leverantören av välfärdstjänster. Men i Sverige är de i stort sett frånvarande. Mer måste göras för att ge dessa organisationer möjlighet att driva verksamhet på välfärdsområdet. Det handlar exempelvis om att förbättra deras möjlighet till kapitalförsörjning. I många fall har lagen om offentlig upphandling (LOU) visat sig stelbent då det offentliga ska handla upp vårdaktörer i verksamheten. Ideella och idéburna aktörer är inte sällan små och har inte alltid förmågan att konkurrera med större aktörer på kommersiell grund, men kan tillföra stora mervärden. Därför behöver LOU ses över i syfte att göra undantag i vissa fall för att idéburna och ideella ska ha reella möjligheter att delta i upphandling.

De senaste decenniernas utveckling med viktiga valfrihetsreformer har präglat medborgarna i vårt land. Politikers makt har minskat och fler beslut fattas nu vid människors köksbord. Makten att välja och välja bort ska värnas – inte bara när vi är friska eller mitt i livet, utan kanske särskilt när vi blir äldre eller sjuka.



Under Kristdemokraternas tid i regeringen genomfördes vårdvalsreformen och effekterna av den är positiva med fler vårdcentraler, bättre öppettider och bättre tillgänglighet. Vårdvalsreformen har medfört en ökad tillgänglighet för såväl vårdbehövande som befolkningen i allmänhet, gjort det lättare att lägga livspusslet och ökat egenmakten – det är en utveckling att slå vakt om.

För Kristdemokraterna är det avgörande att välfärden präglas av hög kvalitet och professionalism. Lika viktigt är det att välfärden tillgodoser den enskildes behov, val och önskemål. Lagstiftning om det fria vårdvalet i primärvården innebär valfrihet för patienten. Offentliga monopol avskaffades till förmån för en mångfald av vårdgivare. Att låta privata entreprenörer verka inom sjukvården på samma villkor som offentliga utförare är en viktig del av valfrihetsreformerna. Tillgänglighet har förbättrats genom fler vårdcentraler och ökade öppettider. Patientenkäter visar att reformen har ett mycket starkt stöd. Tyvärr tycks det vara en bärande idé i vänsterregeringens politik att beskära den enskildes makt och valfrihet. Nu hotas valfriheten genom utredningen om kraftigt begränsade möjligheter till vinst.

Förslag:

2. Säkerställ möjligheter för god konkurrens som stärker kvalitet och tillgänglighet inom den solidariskt och offentligt finansierade välfärden.

3. Fler vårdplatser

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

En rapport från Socialstyrelsen 2017 anger följande: ”Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov man har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för

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

Bristen på vårdplatser är reell men den gäller inte hela sjukvården och inte hela året. Oftast finns lokaler men personal saknas. Det handlar också om att vårdkedjan inte fungerar på önskvärt sätt för många äldre och andra med nedsatt autonomi. Övergången till det egna boendet eller till ett anpassat boende måste bli bättre för att säkerställa att vårdplatserna på sjukhusen är tillgängliga för de patienter som har störst behov. Här är hemtagningsteam (se avsnitt 10) och fler äldreboendeplatser (se avsnitt 11) en nödvändig komponent.

Socialstyrelsen kartläggning från 2008 (Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer) visar att antalet personer som får hälso- och sjukvårdsinsatser i sitt hem ökar. Det ställer större krav på en effektiv samverkan mellan flera professioner och delar av vård- och omsorgssystemet över de organisatoriska och kompetensmässiga gränserna. Det är också viktigt att säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig för att säkerställa kvaliteten i hemsjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen får landstingen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende (hemsjukvård) till en kommun inom landstingets geografiska område. Dock inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Socialstyrelsens granskning från 2008 visar att bristen på läkare i den kommunala hemsjukvården leder till för liten tillgång till läkare, för stort antal delegeringar per sjuksköterska, dålig åtkomst till journalanteckningar samt brister i hur gränsdragningen görs mellan landstingen och kommunerna. Vi föreslår därför att kommuner bör ges möjlighet att anställa läkare i syfte att dels klara vårdkedjan inom hemsjukvården med bibehållen medicinsk kvalitet och dels frigöra fler vårdplatser inom sjukvården. För att ytterligare förbättra tillgången på vårdplatser krävs det också fler mobila enheter som kan ge vård i hemmet i de fall detta är en bättre lösning än inläggning vid sjukhus. Vårdplatser av utpräglad korttidskaraktär är också en möjlighet som bör prövas på fler håll. På Glesbygdsmedicinskt centrum som bedriver ett forskningsbaserat vårdutvecklingsarbete i Västerbotten finns exempelvis ett antal vårdplatser inom ramen för primärvården.

Det är dags att göra en rejäl satsning på fler vårdplatser så att det nya välfärdslöfte som Kristdemokraterna vill se kan förverkligas. Högt genomsnittlig beläggningsgrad leder till

överbeläggningar eller att patienter vårdas på fel avdelning med de medicinska risker detta innebär. Målet måste vara att alla patienter som behöver läggas in får plats på vårdavdelning med rätt medicinsk kompetens. För att det ska vara möjligt att uppnå detta behövs fungerande vårdkedjor och på många platser även en utbyggnad av antalet vårdplatser så att det finns tillräckligt med luft i systemet för att klara belastningstoppar.

Vi föreslår att landstingen får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 90 % beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje landsting på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Den totala ersättning vi föreslår är två miljarder kronor i syfte att få till stånd fler vårdplatser.

Förslag:

3. En prestationsbaserad ersättning ska ges till de landsting som klarar maximalt 90 % beläggning i genomsnitt under varje månad året om. Syftet är att öka antalet tillgängliga vårdplatser och få bort överbeläggningarna.
4. Kommuner ska ges rätt att anställa läkare.

4. Återinför kömiljarden

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

Under Alliansregeringen genomförde vi en rad viktiga satsningar som minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. Den bidrog till ökat fokus på tillgänglighet ute i landstingen.

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



De negativa effekterna av den slopade kömiljarden är påtagliga inom exempelvis specialistsjukvården. Siffror från öppna jämförelser visar att måluppfyllelsen för att få tid för ett första besök hos en specialist inom 90 dagar (vårdgarantins gräns) har sjunkit från 86 (juli 2013) till 76 procent (juli 2017). Samtidigt som måluppfyllelsen för att få en tid för planerad operation eller annan åtgärd inom vårdgarantin har sjunkit från 82 (juli 2013) till 68 procent (juli 2017). Effekten av den försämrade uppfyllelsen av vårdgarantin blir att antalet personer som står i köerna till operation eller åtgärd inom den specialiserade vården har ökat dramatiskt. I juli 2017 hade över 38 500 personer väntat i mer än 90 dagar. Motsvarande siffra i juli 2013 var 12 000.

Vänsterregeringen ersatte kömiljarden med en så kallad professionsmiljard. En ersättning som tilldelas landstingen helt utan krav på motprestation, uppföljning eller utvärdering. Det är inte en ansvarsfull hantering av våra gemensamma resurser och det är de sjuka som får betala priset.

För att återigen korta köerna och öka tillgängligheten föreslår vi att ett prestationsbaserat statsbidrag, likt kömiljarden återinförs. Ett ersättningsystem som ger landstingen förutsättningar och drivkraft att arbeta kontinuerligt, strategiskt och metodiskt för att korta vårdköerna och stärka vårdgarantin. Parametrarna för ersättning bör optimeras för att ge huvudmännen förutsättning och drivkraft att skapa mer sammanhållna vårdkedjor. Utvärdering bör ske regelbundet.

Förslag:

5. Kömiljarden återinförs i syfte att minska köerna inom hälso- och sjukvården.

5. Trygg vård nära dig genom investering i primärvården

Många av de patienter som söker sig till akuten skulle kunna få lika god vård inom primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) visar emellertid att förtroendet för primärvården är lågt. Primärvården uppfattas också som otillgänglig och akuten upplevs som den enda möjligheten att få vård på kvällar och helger. Effekten blir att akuten besöks i större utsträckning än vad som egentligen är nödvändigt.

I Sverige utgör primärvården, d.v.s. basen för hela hälso- och sjukvården, en lägre andel av den totala hälso- och sjukvården jämfört med flertalet andra länder (OECD Health Statistics

2016). De långa väntetiderna på akuten kan tolkas som en direkt effekt av att vi inte satsat tillräckligt på primärvården. Kristdemokraterna presenterar här flera reformer som sammantaget syftar till att stärka primärvården och skapa en god vård nära dig. Landstingen får därmed ett ökat primärvårdsuppdrag i syfte att uppnå hög tillgänglighet för såväl hälsovård som sjukvård. Primärvårdsuppdraget är angeläget och behöver utvecklas.

Ökad nationell samordning av primärvården

Primärvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. 6 § HSL). Vårdanalys betonar i sin rapport (2017) ”En primär angelägenhet - Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum” att primärvårdens organisation och styrning skiljer sig kraftigt åt från landsting till landsting. Bristen på enhetliga beskrivningar och jämförbara data gör det dessutom svårt att analysera vilka organisatoriska egenskaper som leder till en bättre respektive sämre måloppfyllelse.

Kristdemokraterna anser att landstingen måste utöka sin samverkan på ett övergripande plan för att dra systematiska lärdomar från landstingens olika arbetssätt inom primärvården. Möjligheten till kontinuerlig nationell uppföljning av primärvårdens kvalitet måste förbättras. Vi stödjer även Vårdanalys uppfattning att det är nödvändigt att landstingen har en gemensam tolkning av primärvårdens uppdrag och funktion. Dessutom krävs ett utökat samarbete mellan landstingen för att säkerställa en hög informationskontinuitet. IT- och journalsystemen i de olika landstingen/regionerna måste utvecklas så att de kan kommunicera med varandra oavsett var i landet vården söks. Utformningen av ersättningsystemen behöver också utvecklas så att de blir likvärdiga över landet och så att de inte hindrar innovation inom den digitala vården.

Ökad tillgänglighet inom primärvården

Mer flexibla öppettider med möjlighet till besök på kvällar och helger skulle dramatiskt öka tillgängligheten inom primärvården. Vi menar inte att samtliga vårdcentraler ska utöka sina dagliga öppettider. Det är inte möjligt med tanke på rådande personalbrist.

Tillgänglighetsbehovet kan istället täckas genom att vårdcentraler samverkar och genom att i större utsträckning erbjuda digitala vårdmöten. Det finns flera goda exempel som förtjänar att finnas i fler landsting. Vårdcentraler i anslutning till akutmottagningen som är öppna under kvällar och nätter möjliggör exempelvis en effektiv flexibilitet där patienter enkelt kan hänvisas till rätt vårdnivå. Vården genomgår just nu stora förändringar, framförallt i hur



mötet mellan patient och läkare eller annan vårdpersonal sker. Inom bara ett antal år kommer förmodligen det digitala vårdmötet vara lika naturligt som ett fysiskt möte eller en telefonkontakt. Digitala primärvårdsinsatser som möjliggör exempelvis diagnostisering och behandling av enklare åkommor samt uppföljningsbesök för patienter som har lång resväg eller svårigheter att ta sig till vårdcentralen behöver bli en naturligt integrerad del av det ordinarie primärvårdsutbudet för alla patienter för att avlasta sjukvården. Även mobila bedömningsenheter som införts på försök på vissa håll i landet skulle kunna utgöra ett viktigt komplement. Dessa enheter gör det möjligt att få hembesök för den som inte kan eller bör ta sig till en vårdcentral men där det kan behövas en kvalificerad bedömning och där ett snabbt hembesök kan innebära att ett besök på akuten och sjukhusinläggning undviks. Genom att optimera användningen av vårdens resurser räcker de till bättre för de med störst vårdbehov. Primär vård sträcker sig inte enbart till det fysiska välbefinnandet. Den psykiska ohälsan är dels nära kopplad till den kroppsliga hälsan och dels utgör den en av de största orsakerna till arbetsförmåga. Att ha god tillgång till vård för den psykiska hälsan är lika viktigt som för den kroppsliga.

Vässad vårdgaranti

Den nationella vårdgarantin 0–7–90–90 dagar, innebär att du ska kunna få kontakt med primärvården samma dag som du söker (per telefon eller besök), få tid hos allmänläkare inom sju dagar, tid hos specialist inom 90 dagar och vid konstaterat behov av behandling ska den ges inom ytterligare 90 dagar. Kristdemokraterna anser att vårdgarantin bör utvecklas:

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

Återinför patientansvarig läkare

Vårdanalys visar att endast mellan 35 och 67 procent av patienterna (beroende på landsting) ofta träffar samma läkare inom primärvården. Dessutom brister samordningen mellan vård och omsorg framför allt för tre patientgrupper: multisjuka personer med begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa och personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom.

Begreppet patientansvarig läkare (PAL) 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. 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 den 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.

Förebyggande arbete genom primärvården

Kristdemokraterna avser att förstärka primärvårdens förebyggande hälsoarbete. Det handlar om att ge stöd till bättre egenvård, förebygga beroendeproblematik av skilda slag och stödja ett friskare liv genom att peka på friskfaktorer i samband med primärvårdens reguljära möte med patienten. Vi anser även att apoteken och dess kompetenta personal kan bidra i det förebyggande arbetet för hälsan genom att förstärka dess roll i vårdkedjan (se avsnitt 8).

Egenvård har en stor potential för att få en helhet i hälso- och sjukvården. Men det kommer inte av sig själv utan kräver planerade och strukturerade insatser från samhället i stort och ifrån hälso- och vården. Ohälsosamma matvanor tillsammans med otillräcklig fysisk aktivitet är två av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst. Ett av Kristdemokraternas viktigaste förslag för att möta detta är att vi vill se mer idrott och hälsa i skolan. Vid etablerad ohälsa kan fysisk aktivitet på recept och stöd från bland annat fysioterapeut fungera i många fall. I sammanhanget bör nämnas att kristdemokraterna också vill se ett utökad skatteavdrag för mer friskvård. Baserat på Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets rekommendationer har Kristdemokraterna även för avsikt att verka för en utredning av hur offentliga styrmedel (som till exempel lagar, regelverk, riktade statsbidrag,

skatter, subventioner och avdragsmöjligheter), varningstexter och informationsinsatser samt nationell målstyrning kan användas effektivt för att främja förutsättningarna för hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet och i förlängningen en förbättrad folkhälsa.

En mer tillgänglig missbruks- och beroendevård

I Sverige dricker ungefär en miljon personer (över 15 år) så mycket alkohol att de skadar eller riskerar att skada sin hälsa (Missbruksutredningen (SOU 2011:35)). Av dessa har ca 350 000 utvecklat ett beroende. Ansvaret för missbruks och beroendevård delas av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I syfte att förbättra samverkan mellan kommun och landsting införde Kristdemokraterna tillsammans med alliansregeringen lagkrav på obligatoriska samordnade individuella planer (SIP) för personer med missbruksproblem som har behov av insatser från båda huvudmännen. Men majoriteten av personer som uppfyller kriterierna för alkoholberoende eller riskbruk är socialt väl fungerande med bostad och arbete. Trots detta är det i de flesta kommuner socialtjänsten som är den första kontakten vid alkoholproblematik, oavsett behov av sociala insatser eller inte. Detta är problematiskt då en studie från Göteborg (Hausken mfl, 2016, Läkartidningen) visar att mindre än en (1) procent skulle vilja söka hjälp för sin alkoholproblematik via socialtjänsten och att ca 60 procent, önskar söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Effekten blir att många som är i behov av vård inte söker hjälp för sin alkoholproblematik.

Lättillgänglig vård i en avstigmatiserad vårdmiljö är avgörande för att möta behovet av vård för den stora grupp av socialt väletablerade personer som har ett skadligt alkoholbruk. Kristdemokraterna anser därför att primärvårdens arbete med missbruks- och beroendevård bör förstärkas och intensifieras. ”Riddargatan 1 - mottagningen för alkohol och hälsa” i Stockholm är ett gott exempel på en väl fungerande verksamhet med uppdraget att erbjuda beroendevård till personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Dessa mottagningar har med andra ord helhetsansvaret för patienterna och socialtjänsten är inte inkopplad. Att erbjuda hjälp till de som behöver sluta dricka eller minska sin alkoholkonsumtion innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser uppstår är en social investering. Inom ramen för vår satsning på primärvården ges därför ett utrymme för att förstärka och intensifiera missbruks- och beroendevård i varje landsting.

Rehabilitering

Effekterna av en sjukdom eller skada kan många gånger begränsas om rehabilitering påbörjas snabbt och intensivt. Tyvärr ser vi brister i detta för flera patientgrupper. Förutom hemtagningsteamens viktiga roll för att rehabiliteringsinsatser ska komma igång efter en

sjukhusvistelse vill vi att det dels säkerställs att det finns medicinskt ansvariga rehabiliterare, (MAR) i alla kommuner.

Förslag:

6. Primärvårdens uppdrag och funktion ska samordnas nationellt för att uppnå en likvärdig vård i hela landet.
7. Landstingens primärvårdsuppdrag ska utökas med sikte på såväl tillgänglighet som hälsovård och sjukvård. Fem miljarder kronor anslås till en förbättrad och utökad primärvård.
8. Tillgängligheten till primärvården ska öka. Mer flexibla öppettider, så som på kvällar och helger, samt fler sätt att få kontakt ska etableras.
9. Vårdgarantin ska vässas så att alla inom 24 timmar ska kunna få träffa den vårdkontakt inom primärvården som kan möta behovet och att det ska ta maximalt 120 dagar från första kontakt till genomförd åtgärd.
10. Patientansvarig läkare ska återinföras.
11. Primärvårdens förebyggande arbete behöver förstärkas och utökas. Egenvård och mer fysioterapi är områden som behöver utvecklas.
12. Primärvårdens arbete med missbruks- och beroendevård förstärks och intensifieras
13. En medicinskt ansvarig rehabiliterare, (MAR), ska finnas tillgänglig i alla kommuner.

6. Utökad e-hälsa

Genom att utveckla förutsättningarna för e-hälsa – dvs användandet av digitala verktyg och plattformar för att uppnå och bibehålla hälsa - kan vi avlasta primärvården. Vi vill i ännu högre grad kunna nyttja den potential som e-hälsa kan innebära inte minst där avstånden är långa eller när det finns andra svårigheter att fysiskt förflytta sig till vården.

Glesbygdsmedicinskt centrum har genom användandet av e-hälsa kunnat förbättra vården och öka tillgängligheten till den bästa kompetensen för sina patienter. Genom att nyttja de plattformar och tekniska lösningar som finns för att säkra både integritet och patientsäkerhet kan ännu fler få vård snabbt och på rätt nivå. Genom digitala vårdmöten kan kontinuitet och uppföljning förstärkas. Återkopplingen kan göras med patienten, sjukhusets specialister och primärvården tillsammans. Att nyttja E-hälsa kan även avlasta vårdpersonalen genom utökade möjligheter till besöksbokning samt att patienten redan inför vårdtillfället kan tillhandahålla de uppgifter som är relevanta. Ytterligare en förbättring vore möjligheten att exempelvis skicka in fotografier till sjukvårdsupplysningen eller giftinformationscentralen på



specifika hudbesvär eller på svampar, bär eller växter som förtärts. Det skulle möjliggöra mer kvalitetssäkra råd om lämplig egenvård eller uppmaningar att uppsöka vården.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har visat att vissa personer, framför allt unga nyblivna föräldrar, ofta besöker primär- eller akutsjukvården när de egentligen har behov av stöd om egenvård. Sjukvårdsrådgivningen som ges via 1177 vårdguiden på webben eller telefon behöver därför kvalitetssäkras, förstärkas, och integreras bättre i primärvården. Det krävs även bättre information om vart det är lämpligt att vända sig vid olika vårdbehov. Det kan exempelvis göras via 1177 vårdguiden, apoteken, elevhälsan samt barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler. Information om var och hur du söker vård samt stöd i egenvård på fler språk behöver tillgängliggöras ännu mer.

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

Nationell samordning och dokumentation av relevant information inom vården skapar en värdefull plattform för forskning och kvalitetsutveckling. För patienterna är det en stor vinst med välfungerande kvalitetsregister och öppna jämförelser. Sveriges kvalitetsregister utgör en unik möjlighet att följa upp och utveckla vården på ett sätt som andra länder saknar. Genom registerstudier kan vi exempelvis följa upp behandlingseffekter och risker med specifika läkemedelsbehandlingar eller effekter av rehabiliteringsmetoder i stora patientpopulationer. De stora kvalitetsförbättringar vi har sett inom vården och omsorgen om äldre hade inte kunnat genomföras utan detta noggranna mätningarbete. För att ytterligare underlätta och effektivisera möjligheten att samla in, använda och dela data i syfte att förbättra hälsa krävs nationell och strukturerad samordning. Stat, landsting och kommuner måste utveckla sina samarbetsformer för att stödja standardisering och kunskapsuppbyggnad på kvalitetsregisterområdet. Vårt förslag om att staten ska ta ett huvudansvar för vården skulle verka stimulerande på denna samordning. Vi anser att en nationell upphandling av en gemensam teknisk plattform för kvalitetsregistren bör genomföras i samverkan mellan huvudmännen och staten. Därför är också de svenska

patientorganisationerna tillskyndare av kvalitetsregister eftersom deras medlemmar gynnas. Vi anser att ett tydligare patientperspektiv behövs i kvalitetsregistren. Idag är kvalitetsregistren ofta utformade utifrån vårdgivarnas behov snarare än patienternas. Patienterna bör exempelvis ges bättre möjligheter att komplettera kvalitetsregistren med egen data.

Förslag:

14. E-hälsa ska utvecklas på ett samordnat sätt så att patienten kan använda olika plattformar för att komma i kontakt med och kommunicera med vården och att samverkan mellan vårdgivare underlättas.

7. Kompetensförsörjning och förbättrade förutsättningar för vårdpersonal

Kompetensförsörjning

Många av de förslag som vi lämnar för att förbättra för patienterna förbättrar också arbetsmiljön i vården. När systemet jobbar för kontinuitet och trygghet minskar stressen för personalen. När överbeläggningarna minskar och samverkan mellan landsting och kommun blir bättre kan personalen ägna mer tid åt patienten. Hälso- och sjukvården blir då en mer attraktiv arbetsplats. För att säkra kompetensförsörjningen krävs det emellertid ytterligare satsningar.

Trots att det aldrig funnits fler anställda sjuksköterskor och läkare så råder ändå en stor personalbrist. I Arbetsförmedlingens lista över bristyrken 2017 är sju av de topp 20 listade bristyrkena yrken inom hälso- och sjukvården. Bristen gäller främst olika specialistsjuksköterskor, men även läkare, barnmorskor och psykologer. Såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har återkommande pekat på att bristen på kompetent personal utgör en patientsäkerhetsrisk. Det omfattar såväl den somatiska som den psykiatriska vården. I flera av sina tillsynsändanden pekar IVO att brister i bemanning medför svårigheter att leda och styra verksamheter. Svårigheter med rekryteringar har lett till bemanning med tillfälligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal. I IVO:s tillsyn framkom exempelvis att en vårdcentral hade 1,75 fasta läkare på åtta tjänster. En annan vårdcentral med sex tjänster hade endast tillgång till en tillsvidareanställd läkare med 50 procent tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

För att åtgärda kompetensbristen har antalet utbildningsplatser till olika vårdutbildningar byggts ut under flera år. Även i år fortsätter den utbyggnaden. Särskilt viktigt är behovet av fler utbildningsplatser inom förlossningsvården och psykiatrin. Inte minst behovet av kompetens avseende behandling av personer med posttraumatiska stressyndrom, PTSD, kommer öka de kommande åren mer än vad som tidigare förutsågs. Takten i utbyggnaden måste ske snabbare inom framförallt specialistutbildning för vårdpersonal. Även utbildningsplatser till exempelvis undersköterskor ska byggas ut och utbildningen ska i ökad utsträckning kunna ske parallellt med SFI-utbildning, för den som behöver det.

Även om det förekommer att utbildad vårdpersonal söker sig till andra yrken så finns många kvar. Av utbildade sjuksköterskor finns 91 % kvar i yrket efter fem år, 87 % är kvar efter åtta år. Mer behöver göras för arbetsmiljön så att ännu fler är kvar och framförallt är det viktigt när det gäller erfaren personal. Sjukvårdshuvudmännen har här ett mycket stort ansvar för arbetsmiljön och för att personal med en längre sjukvårdsutbildning ska arbeta med det de är utbildade för. Arbetsgivaren så väl som rättsvårdande myndigheter måste även ta ett större ansvar för att sjukvården ska vara en trygg arbetsplats. Hot och våld mot vård- och omsorgspersonal ska aldrig accepteras.

Sjuksköterskorna är ovärderliga för att säkerställa en god vårdkvalitet. Arbetsvillkoren måste förbättras och statusen på yrket höjas för att fler sjuksköterskor i ännu högre utsträckning ska vilja och orka stanna inom vården. Sjuksköterskorna måste få fokusera på vården. Vi vill därför införa vårdserviceteam som kan avlasta med arbetsuppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Även arbetsledningen måste förbättras genom ledarskapsutbildning och vi vill ge sjuksköterskor bättre möjlighet till specialistutbildning. Så kallade utbildningsanställningar under specialistutbildning kan vara ett sätt att öka tillgången på kvalificerad personal. Vi anser även att införandet av karriärtjänster för klinisk forskning skulle stimulera vårdpersonalens kompetensutveckling.

Läkare inom allmänmedicin är en underskattad kompetens som är ovärderlig för att upprätthålla en god vårdkvalitet inom primärvården. Förutom att fler allmänläkare behöver utbildas är det viktigt att valideringsprocessen fungerar väl för läkare med utländsk examen. Vi måste även uppvärdera allmänläkarnas status. Förenklad administration runt intyg till Försäkringskassan skulle ge läkaren mer tid till att fokusera på mötet med patienten. Likaså skulle införande av digitala verktyg där patienten själv, inför besöket, fyller i grundläggande information innebära en avlastning. Vi förordar också en kartläggning och en nationell

åtgärdsplan för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

Vårdserviceteam ger vårdpersonalen tid att fokusera på patientens vård

För många som arbetar inom vården är arbetssituationen pressad. Sjuk- och undersköterskor vill ge en mer kvalitativ vård. Tidsbrist tvingar dem dessvärre alltför ofta att kompromissa med de egna värderingarna, ambitionerna och visionerna om hur arbetet ska utföras. För att förbättra kvaliteten i vården behövs fler händer. Det krävs också att vi använder resurserna på rätt sätt. Varje personalkategori ska göra det som de är utbildade för. Vi vill därför att vårdpersonalen ska avlastas från de arbetsuppgifter som är viktiga för att omvårdnad ska fungera, men som inte kräver en lång vårdutbildning – så kallad vårdnära service. Arbetsuppgifterna kan exempelvis handla om att servera mat och plocka undan disk efter måltider, att sköta förråd, transporter av patienter och prover mellan olika avdelningar, städning samt administrativa uppgifter som inte kräver en längre vårdutbildning. Genom att anställa servicepersonal inom vården kan vi frigöra mer tid för omvårdnad av varje enskild patient.

Goda exempel finns exempelvis på S:t Görans sjukhus, i Visby och i Nyköping. Genom att en serviceorganisation fick ansvar för alla patienttransporter på ett sjukhus frigjordes där 800 arbetstimmar från vårdpersonalen varje vecka. Servicepersonal utbildade för städningen inom hälso- och sjukvård är ett annat exempel som inte bara avlastar vårdpersonalen utan även minskar riskerna för vårdrelaterade infektioner.

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

Även inom äldreomsorgen finns arbetsuppgifter som utförs av personal med en längre vårdutbildning som med fördel istället skulle kunna utföras av en annan yrkeskategori.

Förslag:

15. Utöka takten i utbyggnaden av utbildningsplatser för vårdutbildningar inom bristyrken
16. Vårdserviceteam ska inrättas i samtliga landsting. Medel avsätts för etableringen.

8. Förstärk apotekens roll inom hälso- och sjukvården

Kristdemokraterna anser att apoteken och dess högt utbildade personal är en viktig, men underutnyttjad resurs inom hälso- och sjukvården. Över hela landet finns det ungefär 1 400 apotek med generösa öppettider och högt utbildad personal. Medborgarna har ett högt förtroende för apoteken. Sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009 har apotekstätheten och tillgängligheten ökat. Siffror från Sveriges Apoteksförenings branschrapport 2017 visar att antalet apotek har ökat från drygt 900 till ungefär 1 400 och att antalet apotek per 100 000 invånare har ökat från 9,9 till 13,9. Till det kan läggas att antalet söndagsöppna apotek har ökat från 154 till 526 stycken. Drygt 78 och 91 procent av befolkningen har idag mindre än fem, respektive tio, minuter till närmsta apotek. Endast 0,4 procent av befolkningen har längre restid än 30 minuter. En stor majoritet av alla kunder (95 procent) får samtliga sina läkemedel direkt. Resterande läkemedel beställs för att kunna expedieras i enlighet med 24-timmars-regeln. Samtliga apotekskedjor erbjuder även e-handel via internetapotek.

Varje dag besöker drygt 325 000 personer apoteken. Apotekspersonal möter därmed patienterna från hälso- och sjukvården oftare än vad vårdpersonalen gör. På apoteken kontrolleras kundernas recept med avseende på mängden läkemedel, hållbarheten och läkemedelskombinationer. Farmaceuten har även genomgångar med kunden om dennes kunskap om användandet av läkemedlet, samt förstärker förskrivarens intentioner med behandlingen.

Tyvärr är det många personer som inte sköter sin läkemedelsbehandling korrekt. WHO uppskattar att så många som 50 procent av kronikerna inte tar sitt läkemedel på rätt sätt. Socialstyrelsen visar att varje år blir 35 000 äldre så sjuka av sina läkemedel att det krävs sjukhusvård. I den nationella läkemedelsstrategin anges att mellan 6 till 16 procent av alla som läggs in på sjukhus gör det på grund av läkemedelsrelaterade problem och att undvikbara läkemedelsproblem årligen orsakar hundratals dödsfall. Felaktig läkemedelsanvändning uppskattas kosta så mycket som 20 miljarder per år.

I många europeiska länder (exempelvis Irland, England, Frankrike och Danmark) har apoteken en mycket tydligare roll i vårdkedjan. Fokus ligger på rådgivning, stöd och information, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer, hälsosamtal m m. Enligt dansk lagstiftning erbjuder apoteken läkemedelssamtal till nydiagnostiserade patienter med kroniska sjukdomar. Uppföljning av en grupp med astmapatienter visade att apotekens

stärkta roll bidragit till att identifiera och lösa problemen i patienternas behandling. Problem som, om de inte åtgärdades, med stor sannolikhet skulle ha resulterat i felbehandling. Under ett år minskade antalet läkarbesök i gruppen med 16 procent. Andra studier visar att akutinläggningar kan undvikas och att stora summor sparas när apoteken får möjlighet att avlasta hälso- och sjukvården.

Kristdemokraterna föreslår följande reformer för att utöka och stärka apoteks roll inom vårdkedjan med avseende på utökad egenvård och förebyggande hälsoinsatser. På så sätt avlastas primärvården och vårdinsatserna kan riktas till de patienter som har störst vårdbehov. Vi föreslår att en statlig utredning tillsätts för att se över hur nedanstående förslag kan utföras på ett patientsäkert och effektivt sätt, samt i relevanta fall, införlivas i vårdens ersättningssystem.

- Farmaceuter ges utökade möjlighet till strukturerade läkemedelssamtal för nydiagnostiserade patienter med kroniska sjukdomar och äldre över 75 år. Samtalen syftar till att: 1) säkerställa att patienten kan ta sina läkemedel på korrekt sätt (exempelvis inhalationsläkemedel, insulin eller ögondroppar) och 2) motivera patienterna till att öka följsamheten i sin läkemedelsbehandling. Samtalen bör kunna initieras av personer inom ovanstående patientgrupper, samt förskrivare eller farmaceut. Redan idag är det en lagstadgad rätt för patienter som fyllt 75 år och har fem eller fler läkemedel att få en så kallad läkemedelsgenomgång. Men detta genomförs inte på ett tillfredsställande sätt och det finns stora skillnader över landet. Apoteken ersätts genom vårdens ersättningssystem.
- Möjliggöra förmedling av provsvar från primärvården som har relevans för läkemedelsbehandlingen. Apoteken ersätts genom vårdens ersättningssystem.
- Möjliggöra utförande av enklare laboratorieverksamhet så som exempelvis allergitester och blodsockerkontroll samt hörseltester, levnadsvanegenomgångar och blodtrycksmätningar. Apoteken ersätts genom vårdens ersättningssystem om testen ordinerats av läkare eller direkt från kunden om ordination saknas.
- Hälsofrämjande och coachande samtal erbjuds för att hjälpa personer att exempelvis sluta röka, minska alkoholkonsumtionen eller gå ner i vikt. Apoteken ersätts genom vårdens ersättningssystem om samtalen ordinerats av läkare eller direkt från kunden om ordination saknas.

- Möjliggöra att fysiska och digitala primärvårdsinsatser för enklare åkommor kan göras i samverkan med apoteksaktörer i större utsträckning än idag. Då diagnoser och behandling av enklare åkommor kan utföras under apotekens generösa öppettider kan primärvården avlastas. Genom att erbjuda exempelvis rese-, TBE- och influensavaccinationer kan man även nå riskgrupper som inte tidigare vaccinerats. Massvaccinationer skulle även underlättas. En förutsättning för att dessa insatser ska kunna fungera tillfredställande är att ersättningsmodellerna inte utgör ett hinder.
- Egenvård och behandling av enklare åkommor som är möjliga att självdiagnostisera skulle främjas genom införande av en ny kategori av läkemedel - ett så kallat farmaceutsortiment. Detta koncept innebär att vissa utvalda läkemedel som idag är receptbelagda blir receptfria - under förutsättning att de säljs i kombination med rådgivning från farmaceut. Denna nya läkemedelskategori måste naturligtvis regleras och utredas noga av LäkeMedelsverket med avseende på patientsäkerhet, uteslutande av missbrukspotential etc. Sveriges Apoteksförnings föreslår att farmaceutsortimentet kan vara aktuellt för läkemedel för ögoninfektion, potensläkemedel eller högre styrkor av läkemedel som idag är receptfria endast i lägre styrkor. Det är också möjligt att innefatta läkemedel som idag är receptfria, men som har en särskilt stor miljöpåverkan. Farmaceuten får då möjlighet att informera om hur dessa läkemedel bör hanteras för att minimera den negativa påverkan på miljön. Konceptet med farmaceutsortiment är etablerat i flera länder inklusive Kanada, Australien, Nya Zeeland, Storbritannien och Portugal. Det norska läkemedelsverket har nyligen utrett hur ett farmaceutsortiment skulle kunna införas.
- Vi förordnar en översyn av generikasystemet avseende: 1) farmaceuternas möjlighet att byta ett läkemedel som inte ingår i förmånssystemet till en av LäkeMedelsverkets beslutade likvärdiga preparat samt 2) möjligheten att förlänga den nuvarande perioden på en månad då en producent har monopol på försäljning inom en generikagrupp. Inte minst de äldre skulle få en säkrare läkemedelshantering om namn, förpackning och läkemedlets färg och form inte varierar så frekvent.

Förslag:

17. Apoteken ska ges en utökad och stärkt roll inom vårdkedjan för att avlasta primärvården och att främja en utökad egenvård och stärkta förebyggande hälsoinsatser.

9. Ökad delaktighet – certifierade patienter

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

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

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

Vi föreslår därför att vi bör utreda möjligheten för läkare att certifiera vissa patienter i syfte att ge dem befogenhet att själva styra delar av sin vård. Certifierad patient kan den bli som är



engagerad, motiverad och väl insatt i sin sjukdomsbild och sin behandling. Vidare har patienten en stabil kronisk sjukdomsbild med fungerande behandling.

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

Förutom utvalda patienter med kroniska sjukdomar, kan man tänka sig att certifiera patienter som har återkommande och normalt tämligen okomplicerade åkommor som exempelvis urinvägsinfektioner. Dessa patienter skulle på eget initiativ kunna få göra en odling vid ett laboratorium. Vid bekräftad urinvägsinfektion kan de få adekvat läkemedelsbehandling utan kontakt med läkare.

Förslag:

18. Inför möjlighet för vissa patienter att bli certifierade och därmed få befogenheter att själva styra en del av sin vård. Detta ger utrymme för vårdens medarbetare att få mer tid till de patientgrupper som behöver det.

10. Hemtagningsteam - trygg övergång från sjukhusvistelse

Ett ökat omsorgsbehov uppstår ofta, tillfälligt eller permanent, efter en sjukhusvistelse. Behovet är störst hos multisjuka äldre, personer med svåra kroniska eller återkommande sjukdomar samt personer som drabbats av en allvarlig olycka. Den nya livssituationen medför ofta en stress för både patient och anhöriga. För att skapa trygghet och god omsorg efter hemgång krävs därför en effektiv samordning mellan kommuner och landsting. Tyvärr brister ofta samordningen vilket leder till ökad oro hos patienten och dess anhöriga. I förlängningen leder det även till upprepad sjukhusvård och mer omfattande omvårdnadsinsatser.

Kristdemokraterna vill införa hemtagningsteam för att underlätta hemgången från sjukhuset till det egna boendet. Teamet kan exempelvis bestå av undersköterskor, arbetsterapeuter och



fysioterapeuter. Det vore även värdefullt om kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och om personal med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ingår i teamet. Goda exempel finns i Eksjö, Kalmar, Östersund och Karlskrona.

Genom hemtagningsteamet närvarar personal som är känd av patienten, under hela kedjan från planering av hemgången till start av rehabilitering och etablerad kontakt med eventuell hemtjänst och primärvård. Teamet närvarar under transporten hem om behovet finns. Vid hemkomsten säkerställs att det finns mat och läkemedel för de första dagarna. Vid behov görs en första anpassning av boendet och teamet ansvarar för att rehabiliteringsinsatser kommer igång omedelbart

Det är glädjande att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som träder i kraft den 1 januari 2018, skapar goda förutsättningar för att etablera hemtagningsteam. Enligt lagen ska den behandlande läkaren, när en patient är bedömd utskrivningsklar, så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning. Senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården ska information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård ges till berörda enheter. Men det är inte tillräckligt. Därför har vi agerat i riksdagen som riktat krav på regeringen att återkomma till riksdagen med förslag om hur det samlade omhändertagandet i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre och kroniskt multisjuka patienterna ska ske.

Den nya lagen om samverkan efter utskrivning från sjukhusvård är ett steg i rätt riktning. Men dedikerade hemtagningsteam skulle skapa ytterligare trygghet under en utmanande fas i livet. Ambitioner med att införa hemtagningsteam i olika former pågår redan i olika omfattning runt om i landet. Det är bra, men vi anser att dessa insatser behöver finnas överallt och nå alla patienter med behov.

Förslag:

19. Hemtagningsteam ska finnas i alla kommuner i syfte att underlätta övergången från sjukhusvården till det egna boendet.

11. En äldrevård och omsorg baserat på självbestämmande, värdighet och trygghet

Ett värdigt boende utifrån den äldres behov

Att de äldre ska få åldras i trygghet och med värdighet är en stark drivkraft för oss kristdemokrater. God vård, ett behovsanpassat boende och självbestämmande över sin vardag är en självklarhet – hela livet.

Ensamhet och isolering i det egna hemmet, efter att livskamraten har dabbats av demenssjukdom eller har gått bort, leder inte sällan till en depression. För att bryta ensamheten önskar många äldre flytta till ett så kallat trygghetsboende. Där finns det möjlighet till social gemenskap och inte sällan finns det personal under dagtid som kan stödja de boende med enklare sysslor. Boende på trygghetsboende vittnar om minskad psykisk ohälsa, en känsla av gemensamhet och höjd livskvalitet. Dessvärre är det en brist på trygghetsboende i flera kommuner. Dessutom blir boendekostnaden ofta högre i ett trygghetsboende än i det egna hemmet. Många äldre, och framför allt de med svagast ekonomi, är därför hänvisade till fortsatt ensamhet.

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

Kristdemokraterna kräver att den som fyllt 85 år ska ha en lagstadgad rätt att få flytta till ett anpassat boende som t ex särskilt boende eller trygghetsboende när personen själv bedömer att behovet finns. Möjligheten att bygga mer flexibelt med såväl särskilt boende som trygghetsboende inom samma fastighet bör utvecklas. Vi stimulerar en utökning av antalet platser inom särskilt boende och trygghetsboende och förbättrar de äldres ekonomiska förutsättningar att flytta till ett trygghetsboende genom att:

- Instifta en prestationsbaserad ersättning, en äldreboendemiljard, till de kommuner som klarar att anvisa platser inom tre månader.

- Höja nivån i bostadstillägget för pensionärer samt höja takbeloppet i bostadstillägget, så att de ekonomiskt sämst ställda pensionärerna får möjlighet till ett bättre boende.
- Anslå medel för att fler särskilda boenden ska byggas genom ett förhöjt investeringsstöd. Stödet kan också gå till trygghetsboenden.
- Föreslå en höjning av den lägre gränsen för vitesbelopp när kommunerna inte klarar att leverera särskilt boende i tid. Vitesbeloppet är idag mellan 10 000 kronor och 1 miljon kronor. Den lägre gränsen behöver höjas till 25 000 kronor. Vi vill även pröva möjligheten att ekonomiskt kompensera den som inte får en plats på boende på utsatt tid.

Förslag:

20. En äldreboendegaranti införs så att den som fyllt 85 år ska ha rätt att flytta till ett anpassat boende utan biståndsbedömning.

21. En äldreboendemiljard införs som ger stimulans till de kommuner som klarar att anvisa platser till särskilt boende inom tre månader.

22. Nivån på bostadstillägget ska höjas, liksom dess takbelopp så att de ekonomisk sämst ställda pensionärerna får ett bättre boendestöd.

23. Den lägre gränsen för vitesbelopp ska höjas när kommunerna inte klarar att leverera plats på särskilt boenden inom utsatt tid. Ekonomisk kompensation ska utgå till den som inte får boende inom utsatt tid.

Trygghet och tillit inom hemtjänsten

För många av de äldre som lever ensamma utgör hemtjänstpersonalen den enda eller en stor del av deras sociala liv. Kontinuitet och tillräckligt med tid för att bygga goda relationer med hemtjänstpersonal ger möjlighet att bygga upp förtroende, och tillit vilket bidrar till trygghet hos de äldre. En trygghet som kan främja en god livskvalitet och livsglädje som förebygger psykisk ohälsa.

Idag brister dessvärre personalkontinuiteten inom hemtjänsten i flera kommuner. Enligt 2016-års siffror från Kolada får varje hemtjänsttagare över 65 år besök av 15 olika personer från hemtjänsten under en 14-dagarsperiod (rikssnittet). Då är personal som levererar mat, ansvarar för trygghetslarm samt hemsjukvårdare inte medräknade. Men variationen är stor, som lägst uppges att det är fyra och som mest 26 olika hemtjänstpersonal som besöker varje person under en två-veckorsperiod. När personalkontinuiteten är låg vittnar äldre om att de får besök av så många olika personer att de har tappat räkningen. En känsla av otrygghet och en oro för att personalen inte vet hur den enskildes behov ska mötas är utbredd. Personer i

stort behov av hemtjänst har inte sällan dessutom ett stort behov av sjukvård varför det utöver personal från hemtjänsten kan vara ett antal personer från hemsjukvården som kommer till hemmet. För dessa äldre är det så klart ännu viktigare att verksamheterna planeras så att det i så stor utsträckning som möjligt är kontinuitet i de personalgrupper som ska ge vården och omsorgen.

Vännäs är en kommun som agerat förebild genom SVT:s samhällsserie ”Sveriges bästa hemtjänst”. Ett annat gott exempel är stadsdelen Bomhus i Gävle kommun. Genom att förändra arbetssättet och öka dialogen med kunden för att säkerställa dennes enskilda behov har de kunnat se till att det är färre antal hemtjänstpersonal som kommer till varje enskild hemtjänsttagare. Högre kontinuitet och kvalitet, minskad sjukfrånvaro, nöjdare brukare och anhöriga samt en ekonomi i balans är några positiva effekter. Det finns ingen åldersgräns som upphäver rätten att bestämma över sin vardag. Vi behöver ge de äldre en större makt över insatser som de själva anser förbättrar trygghet och välmående i sin vardag. Vi föreslår därför att:

- Prestationsbaserade medel avsätts och fördelas mellan de utförare som lyckas minska eller behålla antalet hemtjänstpersonal/hemtjänsttagare till maximalt 10 under en 14-dagarsperiod.
- Biståndsbedömningen avskaffas för ansökan om trygghetslarm för personer som fyllt 65 år.
- En förenklad biståndsbedömning införs för personer som fyllt 80 år och som önskar enklare serviceinsatser som exempelvis hjälp med städning, handling och social samvaro.

Tillsammans med Alliansen föreslår vi även att RUT-avdraget utvecklas för äldre. Vi vill:

- Utredda förutsättningarna för att höja avdragsrätten för äldre över 80 år från 50 till 60 %.
- Utöka RUT-avdraget till ett bredare hem-avdrag för dem över 70 år, där fler eller alla enklare tjänster i hemmet berättigar till skattereduktion.

Förslag:

24. Inför prestationsbaserade medel som kommer fördelas mellan de utförare som lyckas minska eller behålla antalet hemtjänstpersonal/hemtjänsttagare till maximalt tio under en 14-dagarsperiod.

25. Avskaffa biståndsbedömning för ansökan om trygghetslarm för personer som fyllt 65 år.

26. Inför förenklad biståndsbedömning för personer som fyllt 80 år och som önskar enklare serviceinsatser som exempelvis hjälp med städning, handling och social samvaro.

12. En förstärkt barn- och ungdomshälsovård

Ökad psykisk ohälsa hos barn och unga är ett av vår tids största samhällsproblem. Orsaken bakom denna mörka utveckling är inte klarlagd. Det finns en paradox i att den materiella standarden ökat för de allra flesta samtidigt som unga mår allt sämre. Förebyggande såväl som akuta insatser krävs nu. Skyndsam hjälp och stöd till barn och unga som mår dåligt är nyckeln till ett snabbt tillfrisknande.

Elevhälsogaranti

En god kunskapsutveckling kräver också en bra skolmiljö och elevhälsa. Eleverna som mår bra lär sig bättre. En väl utvecklad elevhälsovård främjar också det förebyggande arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga. Elevhälsan måste rustas långsiktigt för att bättre kunna möta och stödja barn och unga med psykisk ohälsa. Mer än var tredje grundskola och nästan varannan gymnasieskola får påpekande från Skolinspektionen om brister som rör elevhälsan. Enligt IVO förekommer det brister bland landets huvudmän när det gäller kännedom om vårdgivaransvaret för elevhälsan. Detta har varit ett problem under flera år, trots att försök har gjorts för att åtgärda bristerna genom vägledningar. Vi vill därför:

- Ge landstingen/regionerna ett samlat uppdrag för hela barn- och ungdomshälsovården. Det innebär att elevhälsan inte längre ska ha skolan som huvudman. Skolsköterska, skolläkare, skolкурator och skolpsykologer bör finnas ute i verksamheterna men bör ha samma huvudman som övrig vårdpersonal för barn. En samlad barn- och ungdomshälsa ska syfta till att öka tillgängligheten till vårdcentralerna, elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är avgörande att, i ett tidigare skede än idag, fånga upp barn som mår dåligt.
- Den samlade barn och ungdomshälsan ska ha ett nära samarbete med skolledningar, lärare, specialpedagoger och kommunernas socialtjänst.
- Införa en elevhälsogaranti som innebär att varje elev ska kunna komma i kontakt med elevhälsan varje dag.

Ökat föräldrastöd

Föräldrarna har en ovärderlig roll i sina barns liv. Föräldrar upplever ibland svårigheter i sitt föräldraskap eller har behov av stöd för att hantera nya situationer. Vi anser att det offentliga då ska erbjuda stöd och hjälp i föräldrarnas viktiga uppgift. Stöd till föräldrarna är också ett stöd till barnen. Relationen mellan förälder och barn stärks vilket minskar framtida problem. För att stödja föräldrarna och deras relation med barnen vill vi:



- Erbjudna förstagångsföräldrar en gratischeck till familjerådgivningen som de kan nyttja om de vill eller har behov. Tillsammans med denna check ska information finnas som beskriver vad familjerådgivningen kan erbjuda.
- Att det blir obligatoriskt för kommunerna att erbjuda minst två föräldrastödsprogram under barnens uppväxt. Ett under de yngre åren och ett under tonårstiden.

Kortare väntetider till barn och ungdomspsykiatri

Barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa är ett högt prioriterat område för Kristdemokraterna. I regeringsställning var vi pådrivande för en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Vi arbetade även med att korta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri bland annat genom överenskommelser med SKL och genom prestationsbaserade medel. Det kan vara förödande för ett barn eller en ung person att behöva vänta i flera månader på att få hjälp. Köerna till barn- och ungdomspsykiatri ska kortas ytterligare. För det krävs förutom en bättre organisation också mer resurser. Den befintliga vårdgarantin ska fungera i praktiken för alla barn och i hela landet.

En förbättrad övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri

När en ung, sårbar person ska byta vårdmiljö måste personen alltid vara i centrum och verksamheten måste organiseras och samordnas utifrån den enskildes behov. En ungdom som är i behov av hjälp och stöd ska slussas rätt oavsett vart han eller hon vänder sig vid sitt första besök. När ett barn eller en ung person har behandlats på BUP försvåras ofta de följande insatserna på grund av att du byter organisation när du fyllt 18 år. Om ungdomar inte kommer vidare till vuxenpsykiatri trots att behov finns är det allvarligt. För att säkerställa att ungdomar får den vård de behöver och inte tappas bort mellan BUP och vuxenpsykiatri krävs det att överföring av kunskap och möjligheten att följa förloppet säkerställs. Detta görs på bästa sätt genom ökad samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatri. Vi måste arbeta med att göra övergången från BUP till den specialiserade vuxenpsykiatri så smidig som möjligt för patienten så att inte hälsotillståndet riskerar att försämrans. Vården måste också utformas så att den unge vuxnes behov kan tillgodoses, vilket inte alltid fungerar i den reguljära vuxenpsykiatri.

Kartläggning av orsakerna till den ökande psykiska ohälsan

Arbetet mot självska debeteende, självmordsförsök och självmord hos barn och unga måste intensifieras. Det är därför viktigt att kunskap och metoder utvecklas för att identifiera riskgrupper och på det sättet kunna rikta särskilda förebyggande insatser till dessa barn och ungdomar. Vi vill också att det genomförs en bred utredning för att kartlägga och undersöka orsakerna till den ökande psykiska ohälsan samt komma med förslag till åtgärder. Vi vill ta fram en handlingsplan med bland annat förebyggande åtgärder. Denna handlingsplan kan även omfatta arbetet med första linjens sjukvård i kommuner och landsting. Vi vill även, baserat på ett arbetssätt som finns i Storbritannien, att det tillsätts en "haverikommission" när en ung person har begått självmord. Socialtjänst, skola, polis, sjukvård och civilsamhället ska då tillsammans göra en utredning om vad som hänt och vad som har brustit.

Förslag:

27. Landstingen ska ha ett samlat ansvar för hela barn- och ungdomshälsovården.
28. En elevhälsogaranti införs som innebär att varje elev ska kunna komma i kontakt med elevhälsan varje dag.
29. En gratischeck till familjerådgivning erbjuds förstagångsföräldrar.
30. Det ska vara obligatoriskt för kommuner att erbjuda föräldrastödsprogram.
31. Barn- och ungdomspsykiatri förstärks i syfte att korta väntetiderna.
32. Övergången mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri måste förbättras. Vården måste utformas så att de unge vuxnes behov tillgodoses.
33. Utarbeta en handlingsplan för förebyggande åtgärder gällande psykisk ohälsa.
34. Genomföra en bred utredning för att kartlägga orsakerna till den ökade psykiska ohälsan.
35. Öka förutsättningarna för patientanpassad vård inom psykiatri genom att utforma ändamålsenliga nationella riktlinjer för olika behandlingsformer.

13. Sociala utfallskontrakt

Vi har ett växande utanförskap, integrationsutmaningar sociala problem och hälsoutmaningar och ett allt mer utmanande kostnadstryck på välfärden. Detta är en samhällsfråga som rör alla men kommuner och landsting har ett särskilt ansvar. Otaliga projekt har därför startats och avslutats utan hållbara resultat. Alltför ofta blir det verksamheter som får rejält med pengar under en period, men utan att det leder till resultat. Det offentliga ger pengar till lovvärda projekt men den lokala mobiliseringen uteblir därför att de rätta förutsättningarna saknas. Därmed blir det inte heller en samhällsekonomisk förbättring.

Det förebyggande arbetet måste prioriteras högre och med större fokus på utfall och social innovation. Genom en finansieringsmodell som bygger på att det offentliga betalar fullt ut för insatsen bara om den ger önskat resultat, kan arbetet förbättras.

Det finns samtidigt externa aktörer som vill vara med och bidra med kapital till sociala investeringar och effektiva lösningar på samhällsproblem. En variant av detta är Sociala utfallskontrakt. En lösning som prövats framgångsrikt i främst Storbritannien och USA¹. I sociala utfallskontrakt investerar en extern finansiär pengar i ett offentligt socialt projekt för att uppnå definierade mål som motsvarar mänskliga och ekonomiska vinster för den offentliga parten.

Ett socialt utfallskontrakt börjar med att en offentlig part (kommun och landsting) identifierar ett problem i samhället som de vill lösa genom att investera i det identifierade området. Förhoppningen är att detta ska leda till framtida kostnadsbesparingar för den offentliga parten. Den offentliga parten kan själv ta fram en insats eller erbjuda t ex ideella organisationer eller sociala entreprenörer att såväl föreslå som utföra en sådan insats.

Steg två är hitta extern finansiering för projektet, vilket görs genom att locka kapital från privata aktörer. Således står inte skattebetalarna för investeringen.

Steg tre är sedan att formulera målen och vilka utfall som förväntas för att projektet ska anses som lyckat. Utifrån forskning och beprövad metodik tas ett åtgärdsprogram fram för att möta det identifierade problemet.

Processen i steg två och tre mycket viktig eftersom den externa investeraren bara kan förväntas investera i projektet om denna tror att projektet kommer ge önskat utfall och därmed återbetald investering med ränta. Det innebär en kvalitetssäkring av projekten.

I det sista steget sker en utvärdering för att klargöra om projektet skapat sociala förbättringar, och om så, ekonomiska besparingar för den offentliga parten. Om utvärderingen kan påvisa att kostnader till området minskat, återbetalas delar eller hela beloppet till finansiären. Uppstår långsiktiga vinster kommer också finansiären få avkastningar i likhet med de besparingar projektet inbringat den offentliga parten. En privat investerare kan alltså bara få avkastning om projektet varit lyckosamt.

Tidigare utfallskontrakt har exempelvis syftat till att minska risken för att barn och ungdomar ska hamna hos socialtjänsten eller i fängelse. Även folkhälsoförbättrande projekt för att minska problem med astma har genomförts. Denna metod prövas redan idag på enstaka håll i Sverige och vi menar att det bör prövas i hela landet.

Förslag:

36. Sociala utfallskontrakt införs.

37. I syfte att sänka trösklarna för en investering i sociala utfallskontrakt upprättas en nationell fond som täcker finansiärens investeringsrisk till 50 procent, vilket innebär att staten garanterar en återbetalning om halva investeringssumman till den externa finansiären vid färdigställt socialt utfallskontrakt.

¹ Nilsson, Wadeskog, Hök, Sanandaji N: Utanförskapets pris. Studentlitteratur

14. Tryggare förlossningsvård

Mellan 110 000 och 115 000 barn föds varje år i Sverige och vår förlossningsvård har goda medicinska resultat. Men så länge som vissa kvinnor upplever en otrygghet inför sin förlossning har vi inte lyckats fullt ut. Trygghet inför och under förlossningen optimerar förutsättningen för att förlossningen och eftervården ska kunna fortskrida på bästa sätt för både mamma och barn.

Även om de flesta gravida kvinnor och nyfödda barn är friska, medför en förlossning alltid en risk. Förlossningsvården definieras därför som akutsjukvård. En förutsättning för trygghet under förlossningen är tillgång till ett kompetent medicinskt team med barnmorskor, undersköterskor och läkare. Det kan vara avgörande för liv och död. Därför är det helt nödvändigt att komma bort från den situation där personalens arbetsmiljö äventyras för att kunna garantera patientsäkerheten. Det måste finnas större marginaler inom förlossningsvården.

Även om en småskalig förlossningsenhet många gånger uppskattas av havande föräldrar är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv befogat att samla förlossningsvården till platser där också neonatalvård och övrig akutsjukvård kan ges. Tryggheten för de blivande föräldrar som har långt till förlossningen måste hanteras bättre. Samtliga regioner där resan till förlossningen är så lång att det skapar otrygghet måste säkerställa, inte bara den medicinska kvaliteten under själva förlossningen, utan också säkra upp stödet och omhändertagandet kring den födande. Kapaciteten i den pre-hospitala vården, ambulanssjukvården, jourbilar och i förekommande fall ambulanshelikopter, behöver finnas med i det arbetet. Även tillgången till patienthotell eller motsvarande platser i närheten till sjukhuset för omhändertagande av de blivande föräldrarna med ett påbörjat värkarbete behöver förbättras.

Socialstyrelsen har nyligen visat att det finns brister inom vården efter förlossningen. Det finns stora skillnader i vårdens kvalitet beroende på var man bor. Bland annat är det endast vart tredje sjukhus som har tillfredsställande rutiner för att följa upp kvinnors hälsa efter hemgång. Det är allvarligt eftersom många kvinnor drabbas av förlossningsdepression och förlossningsskador. Förlossningsskador som till exempel kan ge upphov till urinläckage, framfall, avföringsläckage och sexuella störningar. Problem som obehandlade kan ha stora negativa effekter för kvinnans livskvalitet och för relationen till hennes man eller partner. Totalt erbjuder 40 av 43 sjukhus hemgång direkt från förlossningsavdelningen, men det är bara tre sjukhus som då kan erbjuda uppföljning med hembesök av barnmorska.

Kristdemokraterna anser därför att det är viktigt att det skapas och implementeras nationella riktlinjer för vården efter förlossningen. Riktlinjerna bör säkerställa rutiner för att hälso- och

sjukvården ska upptäcka och följa upp psykiska och fysiska komplikationer efter förlossningen samt kvinnor i behov av amningsstöd.

Under en längre period har det varit svårt att rekrytera personal till förlossningsvården. Underbemanningen ökar stressen och ger en tyngre arbetsbörda för den fasta personalen. Belastningen minskar yrkets attraktivitet. Färre väljer att utbilda sig till barnmorskor och etablerade barnmorskor väljer att lämna yrket. Personalbristen leder också till att förlossningsavdelningar tvingas att stänga då bemanning saknas. Kvaliteten inom förlossningsvården riskerar att sjunka och tryggheten för den födande kvinnan därmed att minska.

Arbetsvillkoren och arbetsmiljön måste förbättras för personalen inom förlossningsvården. Framför allt måste grundbemanningen förstärkas, dels för att varje kvinna ska känna sig trygg med att ha en barnmorska tillgänglig under förlossningen och dels för att barnmorskorna ska kunna ägna varje kvinna den uppmärksamhet och tid som krävs för att trygga patientsäkerheten och minska riskerna för bristningar och andra förlossningsskador. Nyutexaminerade bör få tillgång till ett mentorsprogram. Karriärs- och utvecklingsvägarna behöver förstärkas genom till exempel möjlighet till specialistutbildning med bibehållen lön. Vårdserviceteam behöver införas för att avlasta barnmorskornas arbetsbörda så att de kan ägna sig åt kärnuppdraget. Specialistmödravård utanför akutsjukhusen behöver förstärkas genom kompetenshöjande insatser så att förlossningsklinikerna kan avlastas. Ett tydligt ledarskap på kliniken med arbetstids- och lönemodeller som skapar ökad flexibilitet för verksamheten och medarbetarna samtidigt som patientens behov sätts i centrum är nödvändigt. Vi vill även att det inrättas ett nationellt kompetenscentrum för förlossningsvård och eftervård.

Av naturliga skäl är dagen, tidpunkten och omfattningen av behovet av förlossningsvården svårare att planera än andra större medicinska insatser. Med god framförhållning är det ändå möjligt att beräkna hur många förlossningar som kommer att äga rum i ett visst område under en viss månad. Även om kvinnoklinikerna försöker arbeta med god framförhållning och ha tillräcklig kapacitet i beredskap händer det att en förlossning måste genomföras på ett annat sjukhus än vad föräldrarna hade önskat och planerat. Situationen är mest utmanande under sommarmånaderna eftersom det då föds 30 procent fler barn än under övriga månader. I största möjliga mån ska ovissheten runt vilket sjukhus kvinnan ska föda på så klart undvikas eftersom det kan skapa stress och otrygghet. Det är därför viktigt att sjukvårdshuvudmännen tar ett stort ansvar för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att den födande inte ska behöva hänvisas till ett annat sjukhus.

Kristdemokraternas generella satsningar på ökade vårdplatser (se avsnitt 3), vårdserviceteam (se avsnitt 7), kompetensförsörjning och förbättrade förutsättningar för vårdpersonalen (se avsnitt 7) kommer även komma förlossningsvården till gagn. Regeringens satsning för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa är bra och välkommen, men alltför kortsiktig. För att huvudmännen ska kunna göra långsiktiga och hållbara investeringar och förstärkningar av grundbemanningen och förlossningsvården överlag behövs långsiktighet även från politikens sida. Förstärkningen måste därför vara långsiktig för att den ska kunna ge den avsedda effekten att stärka kvaliteten i förlossningsvården och vården efter förlossningen.

Förslag:

38. En långsiktig förstärkning av budgeten är nödvändig för att säkra kvaliteten i förlossningsvården.

39. Inrätta ett nationellt kompetenscentrum för förlossningsvård och eftervård.

15. Ideella sektorns bidrag till god 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. Men när fokus hamnar på vinstutdelning hamnar mindre aktörer – som i minst lika stor utsträckning – står för mångfald och goda värden – lätt i skymundan då deras vinster återinvesteras i verksamheten. Huvuddelen av de nya vård- och omsorgsaktörer som tillkommer är kommersiella företag. Bristerna i vård, skola och omsorg finns inom såväl offentligt driven som privat driven offentligfinansierad välfärdsverksamhet, men vinstutdelning i kombination med stora kvalitetsbrister skapar trovärdighetsproblem och ska inte förekomma.

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

Det offentliga måste tydligare inse det mervärde av mångfald och kvalitet som en verksamhet på en tydlig idémassig grund kan bidra med. Och denna insikt måste leda till att konkret förbättra civilsamhällets organisationers möjligheter att bedriva välfärdsverksamhet. Många ideella utförare ställer högre krav på sig själva än vad de privata och offentliga gör. De har inte sällan särskild kompetens i svåra etiska frågor som vården och omsorgen brottas med. Vissa ideella utförare har särskild kunskap om och riktar sig särskilt till en viss utsatt samhällsgrupp, kanske på grundval av etnicitet eller religion, grupper som forskning visar inte annars får en lika god tillgång till välfärdstjänster.

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

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

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

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.

Organisationen Forum – idéburna organisationer med social inriktning, är en partnerskapsrelation mellan den idéburna och den offentliga sektorn. De tog 2010 en modell som de beskriver så här:

”När en offentlig instans och en idéburen organisation ingår ett Idéburet offentligt partnerskap, IOP, definierar de tillsammans en samhällsutmaning. På så sätt ökar möjligheten att förstå ett samhällsproblem och vad det är som behövs för att det ska lösas. Ett IOP är tillåtet då det inte existerar en marknad. En offentlig myndighet är inte tvingad att upphandla all verksamhet som drivs av externa parter. Enligt EU-kommissionens jurister och den svenska regeringen ska varje regional/lokal myndighet bestämma lämpligt finansieringsverktyg utifrån verksamhetens syfte och brukarnas behov. Att ingå ett Idéburet offentligt partnerskap är alltså fullt juridiskt möjligt.”

Idéburet offentligt partnerskap är en modell som bör stödjas.

Förslag:

40. Medel avsätts för att stödja den idéburna sektorns möjligheter att vara utförare inom området välfärdstjänster.

16. Socialtjänstens problem och möjligheter

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

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

De senaste åren har socialtjänsten präglats av ett allt större uppdrag genom att fler människor behöver hjälp under en del av livet. Samtidigt har personalbristen blivit akut inom flera områden och såväl kontinuitet som kvalitet påverkas. Kommunerna har ansvar för

socialtjänsten och även om de generella statsbidragen blivit lite större så upplever de flesta kommuner ett allt större tryck genom personalbrist och ökade kostnader som inte möts av tillräckligt ökade statsbidrag. I sammanhanget bör påtalas att kommuner och landsting främst är beroende av att antalet arbetade timmar ökar. Genom en hållbar tillväxt med fler jobb ges kommuner och landsting uthålliga möjligheter att anställa och behålla personal. Det är på det sättet välfärden långsiktigt säkras i ekonomiska termer. Men det krävs också reformer som påverkar förutsättningarna för verksamheten och uppdraget.

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

Stärk professionens ställning

Socialtjänsten och dess medarbetare utför ett viktigare och svårare arbete än de ibland får erkännande för. Att ytterligare stärka professionens ställning, kompetens och auktoritet i det arbetet är därför en viktig politisk uppgift. Genom stöd och handledning och möjligheter till specialist- och vidareutbildning stärks kompetensen hos personalen i den sociala barn- och ungdomsvården. Vi stödjer den satsning som nu görs i syfte att förbättra för socialtjänstens arbete med barnärenden genom att öka bemanningen, kompetensen och kvaliteten.

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

Frågan om att införa legitimation för socialsekreterare med exempelvis lång erfarenhet och andra kvalifikationer behöver övervägas. Samtidigt bör vi vara varsamma med att utöka antalet yrken med legitimationskrav då det kan leda till en mer stelbent arbetsmarknad. Frågan handlar ytterst om att tydliggöra ansvar, befogenheter och kompetens.

En nationell kris-socialjour

Situationen sedan 2015 har tydliggjort svårigheter som funnits sedan innan för kommuner att i vissa lägen klara sitt uppdrag fullt ut.

De humanitära kriserna runt om i världen har ställt, och ställer alltjämt, mycket hård press på de svenska samhällsinstitutioner som ansvarar för asylmottagandet. Kommuner och landsting har gjort ett imponerande arbete i mottagandet för att ge möjligheter till boende, hälsovård, utbildning och arbete. Många kommuner bedömer alltjämt att de inte kan leva upp till kraven för att garantera de asylsökandes rättigheter. Det är ett akut behov av bland annat fler socialsekreterare, gode män och familjehem. För att hantera den pressade situationen har kommunerna tvingats att göra avkall på de grundläggande kvalitetskraven.

Det alltför stora trycket på de kommuner som tagit ett större ansvar har, i varje fall tillfälligt, påverkat de ordinarie samhällsfunktionerna negativt. Något som lett till missnöje och motsättningar på vissa platser. Staten har gett kommuner och landsting ökade statsbidrag för att klara uppdraget men sammantaget bedömer de flesta kommuner att resurserna inte är i paritet med det ökade uppdraget.

För att avlasta kommunernas socialtjänst krävs en förnyad ansvarsfördelning och nya arbetsformer. Vi anser därför att en nationell kris-socialjour bör inrättas. När kommunerna bedömer att de behöver extra hjälp kan sådan avropas från den nationella kris-socialjouren. Med en nationell organisation kan resurserna användas optimalt. Dessutom kan riskerna för att barnens trygghet och rättssäkerheten åsidosätts minimeras.

Fortsatta utmaningar förväntas under kommande år när ansvaret för stöd- och vårdinsatser förskjuts från stat till kommuner och landsting i samband med att stora grupper övergår från att vara asylsökande till att vara nyanlända. Det riskerar att påverka alla delar av socialtjänstens verksamhet. Att öka resurserna till kommuner såväl som till civilsamhället är nödvändigt.

Bristerna i asylmottagandet är och har varit särskilt allvarliga för de ensamkommande barnen och ungdomarna. En anledning är osäkerheten runt deras boende. Ensamkommande blir placerade i olika kommuner enligt avtal. Under hösten 2015 som var den mest ansträngda perioden, uppstod en akut brist på boendeplatser runt om i landet. Tyvärr fanns det då varken tid eller personalresurser för att göra en grundläggande kvalitetsgranskning av de platser som stod till buds. Nu när antalet ensamkommande asylsökande har sjunkit kraftigt har kommunerna fått möjlighet att granska dessa boenden i efterhand. Tyvärr har

det upptäckts att flera boenden inte hållit tillräckligt hög kvalitet, eller till och med saknar nödvändiga tillstånd. Avtal som aldrig borde ha tecknats har därför sagts upp. Till stora delar har detta arbete varit helt nödvändigt. Samtidigt har det för enskilda barn inneburit ytterligare påfrestningar eftersom de tvingats flytta. Ibland till en annan kommun. Kanske i närområdet, men det är inte ovanligt att de måste flytta till en helt annan del av landet. De har tvingats bryta upp från en miljö som börjar kännas som ett hem, i ett för övrigt främmande land. Skolan och nyfunna vänner har bidragit till att de börjat rota sig och känna trygghet och tillit i samhället. Istället är nu stress och psykisk ohälsa påtaglig hos enskilda individer.

En annan anledning till att de ensamkommande är utsatta är att de har helt andra behov än vad socialtjänsten traditionellt är van vid. Många har svåra upplevelser bakom sig. Upplevelser av trauma, tortyr och separation, otrygghet samt förföljelse och diskriminering. Sömnproblem, ångest, oro och posttraumatisk stress är vanligare än hos befolkningen i stort. Det är inte ovanligt att den obarmhärtigt långa och ovissa asylprocessen ytterligare förstärker den psykiska ohälsan. Socialtjänsten har saknat metoder för att utföra de utredningar och uppföljningar som möter de asylsökandes behov.

Kommunernas kostnader för de ensamkommande är fortsatt höga. Likaså påfrestningen på socialtjänsten. Risken är då överhängande att tillräcklig hänsyn inte tas för att säkerställa den enskilda individens bästa. Extra påtagligt blir det när en ensamkommande fyller 18 år. Såvida inte personen i fråga kan ordna ett eget boende när de blir myndiga blir de ofta abrupt omplacerade till en annan kommun. För att skapa goda förutsättningar för en god psykisk hälsa och en lyckad integration behöver vi i störst möjliga mån undvika uppbrott. Det mest humana är att låta dem stanna i den kommun där de har etablerat sig. Vi välkomnar den ökning av resurser som har givits till kommunerna för att klara detta men anser inte att det är tillräckligt.

Den kris-socialjour vi föreslår ska inrättas bör ha befogenhet och resurser att upprätta mottagningsboenden samt granska och rekrytera familjehem, gode män och särskilt förordnade vårdnadshavare. Jouren bör även ansvara för familjehemsplacering och verka som stöd för de kommuner som upprätthåller funktionerna i egen regi eller i samverkan med andra kommuner. Den nationella organisationen bör även agera som ett kompetenscentrum med fokus på hur särskilda behov kan mötas på bästa sätt. Nationella riktlinjer för vilka krav som bör ställas på familjehem och gode män bör upprättas. Likaså riktlinjer runt hur stödgruppsverksamheten ska utformas. Genom ett nationellt kompetenscentrum kan vi



säkerställa att kunskapen sprids till de kommunala socialtjänsterna. Då kan ändamålsenliga metoder komma alla barn till del, oavsett var i landet de blir placerade.

Barn i en utsatt situation

Sammanbrottsutredningen 2010 redovisar att 30 procent av familjehemsplacerade barn under 10 år omplaceras. Enligt socialtjänsten beror det på familjehemmen som säger upp uppdragen. Denna bild delas inte av familjehemsorganisationerna som istället menar att sammanbrotten då det gäller små barn beror på samarbetssvårigheter mellan vuxna. Inga barn ska behöva omplaceras på grund av att vuxna inte kan hålla sams. Anknytning bör väga tyngre i ärenden som gäller placerade barn, särskilt i frågan om var ett barn ska bo.

Domstolarna måste bli bättre på att beakta barnets perspektiv.

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

Det offentliga ansvar är särskilt stort för barn som har placerats utanför sin egen familj. Det är angeläget att stabilitet och långsiktighet kan säkerställas för placerade barn.

Vårdnadsöverflyttning och möjligheten till adoption ska övervägas när placeringen pågått en viss tid. Vid alla sociala insatser som berör barn ska barnet ha rätt att framföra sin åsikt och det ska vara en del av beslutsunderlaget.

Stärkt ansvar för kommunerna när barn placeras

I Sverige har vanvård av barn som omhändertagits enligt ovan uppmärksammats genom olika utredningar, vilket också i vissa fall lett fram till statlig ersättning enligt förordning 2012:666. Men övergrepp och vanvård mot barn som omhändertagits av sociala myndigheter förekommer fortfarande. Detta trots den tillsyn som kommunen ska utföra. Att utkräva ansvar från sociala myndigheter eller socialnämnd för att barn som omhändertagits utsätts för övergrepp är i praktiken mycket svårt idag. Det förekommer brister i utredningar som i slutändan drabbar det enskilda barnet utan att någon ställs till svars. Kristdemokraterna anser att det bör övervägas att om ett barn eller en ungdom som omhändertagits av sociala myndigheter drabbas av vanvård eller andra övergrepp i ökad utsträckning ska kunna få skadestånd av det offentliga.

Förslag:

41. Inrätta en nationell kris-socialjour.