



EN BRA VÄLFÄRD

GÖR ATT MÄNNISKOR VÄXER
OCH JOBBEN BLIR FLER



Innehållsförteckning

| | |
|--|------------|
| BRA VÅRD EFTER BEHOV | 3 |
| UH1 Utlåtande hälso- och sjukvård..... | 3 |
| UH2 Utlåtande läkemedel..... | 29 |
| UH3 Utlåtande psykiatri | 38 |
| UH4 Utlåtande vård i livets slutskede..... | 51 |
| | |
| ÄLDREOMSORG | 54 |
| UH5 Utlåtande äldreomsorg..... | 54 |
| | |
| TANDVÅRD | 91 |
| UH6 Utlåtande tandvård..... | 91 |
| | |
| FOLKHÄLSA | 119 |
| UH7 Utlåtande folkhälsopolitik..... | 119 |
| | |
| FUNKTIONSHINDER..... | 133 |
| UH8 Utlåtande funktionshinderspolitik..... | 133 |

BRA VÅRD EFTER BEHOV

Partistyrerelsens utlåtande över motionerna A102:3, H1:1, H2:2, H3:1, H4:1, H5:1, H6:1, H7:1, H7:3, H8:1, H9:1, H9:2, H9:3, H10:1, H10:2, H11:1, H11:2, H12:1, H12:2, H13:1, H14:1, H15:1, H16:1, H17:1, H18:2, H19:1, H19:2, H20:1, H20:2, I122:2

UH1 Utlåtande hälso- och sjukvård

Det som dagligen utförs i svensk hälso- och sjukvård kan upplevas som ett mirakel för den enskilde men är ett resultat av professionellt och hårt arbete av engagerade medarbetare. Det är också ett resultat av gemensamma investeringar under lång tid. Strävan att erbjuda alla, inte bara några, den allra bästa hälso- och sjukvården har drivit på utvecklingen och bidragit till att svensk hälso- och sjukvård i internationella jämförelser rankas mycket högt när det gäller medicinsk kvalitet. Ska svensk hälso- och sjukvård kunna behålla den toppositionen måste den ha tillgång till den allra senaste kunskapen, professionella medarbetare, de mest avancerade behandlingsmetoderna, teknik och läkemedel för att kunna bota, lindra och förebygga sjukdomar och ohälsa. Forskning och utveckling måste vara en central och integrerad del i svensk hälso- och sjukvård så att ny kunskap snabbt når ut och används i vården och kommer patienten till del.

Det krävs ett tydligt politiskt ledarskap för att prioritera vården för de sjukaste och sköraste. Hälso- och sjukvården ska därför styras demokratiskt och finansieras gemensamt och solidariskt. Vi socialdemokrater vill i lag förbjuda möjligheten att köpa sig förtur (gräddfiler) på offentligt finansierade sjukhus. Alla ska ha rätt till sjukvården på lika villkor. Den som har haft möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring eller kan betala extra ska inte kunna få snabbare vård än andra på ett offentligt finansierat sjukhus. Så såg lagstiftningen tidigare ut, men den avskaffades skyndsamt av den borgerliga regeringen 2007. För oss är det självklart att det bara är hälsotillståndet som ska avgöra när och hur du får vård på ett offentligt finansierat sjukhus – aldrig privatekonomi eller olika privata försäkringar.

Universitets- och regionsjukhusen har central betydelse för att ge högkvalitativ vård och jämlik vård över hela landet. Dessa sjukhus är avgörande för hela sjukvårdens infrastruktur och har central betydelse för forskning och för utbildning och praktik för hälso- och sjukvårdens personal. Vi socialdemokrater föreslår att det inte ska vara tillåtet att sälja, privatisera eller stycka upp universitets- och regionsjukhus. Detta bör regleras i lag. Nästan alla svenska sjukhus som finansieras gemensamt drivs idag offentligt. Så ser det också ut i många jämförbara länder. Många av sjukhusen utgör komplexa och högt kvalificerade nav i sjukvårdens vårdkedjor och förändringar av dessa påverkar vården i många andra delar. Att bryta ut och avhända sig ansvaret för sjukhusen riskerar att slå sönder fungerande vårdkedjor för patienten och försämra samverkan inom alla delar av vården. Socialdemokraterna vill därför inte sälja ut eller privatisera sjukhus.

Studier och olika jämförelser visar att svensk hälso- och sjukvård är öppen för hela befolkningen och håller hög kvalitet samtidigt som kostnaderna är måttliga. Men det finns fortfarande omotiverade köns- och klasskillnader i den svenska vården. Kvinnor och män behandlas olika. Social bakgrund och var i landet man bor kan ibland också ha betydelse för vilken vård man får och vilka resurser man får tillgång till. Det finns även en brist på kunskap om HBT-personers situation inom hälso- och sjukvården och psykiatri. Kvinnor och män, oavsett kön, könsidentitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder, ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt i sjukvården när det gäller resurser och insatser. Omotiverade skillnader i bemötande och behandling ska redovisas öppet och åtgärdas. Det går att säkra en högkvalitativ vård för alla.

God tillgänglighet i hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga. Köer och väntetider är besvärande för patienten och dyrt för samhället. Bristen på exakta besked är ibland lika besvärligt som väntan i sig. Att inte veta när en behandling ska genomföras är frustrerande för patienten och skapar missnöje med vården. Det har gått mer än sju år sedan den nationella vårdgarantin infördes. Ett problem med dagens vårdgaranti är att det är väntetiden vid varje undersökning/besök/behandling som regleras och inte patientens sammanlagda väntetid. För individen är det viktigt att den sammanlagda väntetiden i vården blir dels kort och dels förutsägbar så att det är möjligt att planera in undersökningstillfällen när det passar patienten.

Vi socialdemokrater har mot denna bakgrund i riksdagen föreslagit att ett system införs med patientkontrakt som omfattar alla delar i hälso- och sjukvården: besök, undersökningar, röntgen, remisser. I kontraktet ska det finnas en tidsplan för remisser och eventuella behandlingar och det ska framgå vem som ska utföra behandlingarna och hur det ska vara med återbesök och eftervård. När vården och patienten har kommit överens om vad som ska göras och när, ska kontraktet fungera som en vårdgaranti som säkerställer att patientens sammanlagda tid för undersökning och behandling blir kort. Patienten ska inte behöva vara aktiv och gå runt och handla på en sjukvårdsmarknad för att få vård i tid och en fungerande vårdkedja. Det krävs ett politiskt ansvar för att säkerställa att alla patienter - även den som har begränsade möjligheter att hävda sina rättigheter - får vård i tid.

Säker vård av hög kvalitet är grundläggande för den svenska vården. Hälso- och sjukvård är en riskfylld och komplex verksamhet. Hälso- och sjukvården måste därför hela tiden dels arbeta systematiskt med patientsäkerhet och dels lära av sina misstag för att förbättra och utveckla kvaliteten och bekämpa ojämlikheter i vården. För att all personal ska känna sig trygga med att rapportera in avvikelser är det viktigt att misstag och tillbud används i lärande och förebyggande syfte och inte för att peka ut syndabockar, även om felbehandlingar självklart alltid ska utredas och leda till konsekvenser för den som brister i ansvar. Det bör genomföras regelbundna vårdskadeundersökningar inom hälso- och sjukvården där data presenteras köns- och åldersuppdelat. Alla vårdskadeundersökningar ska åtföljas av särskilda åtgärdsprogram. Arbetet kräver naturligtvis flera insatser och bygger på att det bedrivs ett aktivt arbete över hela landet och i alla delar av vården. Det arbete som bedrivs idag med nationella riktlinjer och öppna jämförelser är ett bra första steg liksom satsningen på statliga stimulansmedel till landstingen. Den nya

patientsäkerhetslagen är ett steg i riktning mot att titta på fel i rutiner och styrning snarare än att bara fokusera på enskilda mänskliga misstag.

Personalen är den viktigaste kvalitetsfaktorn, de måste ha rättigheter och möjligheter att diskutera vårdens kvalitet utan att riskera bestraffning. Idag har inte anställda hos privata utförare samma meddelarskydd som offentligt anställda har. Det är oacceptabelt. All personal i hälso- och sjukvården måste ha samma meddelarskydd och detta måste lagregleras. Frågan om hur patientsäkerhetsarbetet ska organiseras för att få störst slagkraft bör prövas förutsättningslöst. Förslagen om en patientsäkerhetskommission och insatser för bättre hygienstandard bör ingå i en sådan prövning och översyn. I detta sammanhang bör också prövas hur allmänheten ska informeras om skillnaderna mellan hälso- och sjukvård som ges efter vetenskap och beprövad erfarenhet och den uppsjö av andra behandlingsmetoder som erbjuds utanför sjukvården och där krav och tillstånd saknas.

Att utveckla journalhanteringen i vården är en nödvändighet. Målet bör vara ”en patient – en journal”. Journalerna är idag splittrade och svåröverskådliga. Olika personalkategorier för var sin journal med dubbelarbete som följd. All information om en patient ska samlas på ett ställe så att patienten slipper berätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt.

Primärvården har en central betydelse för det sjukdomsförebyggande hälsoarbetet och för en jämlik hälsa. Utan en bra primärvård utnyttjas inte den samlade hälso- och sjukvårdens resurser på bästa sätt. Hälso- och sjukvården ska inte bara vara åtgärdande, utan också hälsofrämjande. En avgörande fråga är att resurserna styrs dit där behoven är störst.

Ersättningssystemets utformning styr vårdens prioriteringar och därför får man olika effekter av vårdvalssystem beroende på hur systemet ser ut. Ersättningssystemen inom primärvården ska utformas så att hälsans bestämningsfaktorer tillsammans med sjuklighet och vårdtyngd styr resurserna. Ersättningssystemen bör premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för alla åldersgrupper, teamarbete och hög tillgänglighet. Förebyggande arbete ska tydligt ingå i primärvårdens uppdrag. Det innebär exempelvis att vårdcentraler erbjuder psykologkompetens, livsstilsråd, insatser för rökavvänjning, alkoholrådgivning, kostrådgivning, skadeförebyggande arbete inom äldreomsorgen och läkemedelsgenomgångar.

Utbildningarna för att möta hälso- och sjukvårdens långsiktiga behov är av strategisk betydelse. Redan i dag finns stor brist på allmänläkare, geriatriker och psykiatriker liksom på specialistutbildade sjuksköterskor. Det är oacceptabelt att vissa delar av landet tvingas förlita sig på stafettläkare och andra provisoriska lösningar för att klara primärvården. Situationen riskerar att förvärras ytterligare när vi nu närmar oss stora pensionsavgångar inom vården. Det behövs en långsiktig strategi för att tillgodose hälso- och sjukvårdens behov av utbildad personal. Strategin måste innehålla såväl bedömning av omfattningen på olika utbildningar som förnyelse av innehåll och utbildningsinriktningar. En viktig del måste handla om hur hög kvalitet kan upprätthållas och hur ett tillräckligt antal platser för väl fungerande praktik kan säkerställas både i den offentligt och i den privat utförda vården, liksom ett tillräckligt antal AT- och ST-

tjänster och hur ersättningssystemen ska se ut för sjuksköterskor som specialistutbildar sig. Strategin bör omfatta hela utbildningskedjan, från den gymnasiala nivån till forskarutbildningen. Det behövs också en kvalitetssatsning på de gymnasiala vårdutbildningarna för att locka fler ungdomar till yrket och en förnyelse av innehållet så att det motsvarar den moderna hälso- och sjukvårdens behov. Utvecklingen av vårdcollege är ett utmärkt exempel.

Några motioner tar upp synpunkter på hur sjukvården ska utföra sitt medicinska arbete. Det gäller till exempel smärtlindring med lustgas vid förlossningar och krav på obligatoriskt PSA-test. Det är i sig allmängiltiga frågor av stort intresse som vi kan aktualisera och föra en dialog om men i slutändan måste det vara Socialstyrelsen och den medicinska professionen som tar beslut på medicinsk grund. Detsamma gäller vad som ska ingå i vaccinationsprogrammen.

När det gäller möjligheterna för allmänheten att kontrollera kvaliteten på hälso- och sjukvårdspersonal har Socialstyrelsen en nyckelroll. Genom ny lagstiftning har den fått ökade möjligheter att hålla uppsikt över eller dra in legitimationen för personal som allvarligt brustit i sin verksamhet. Detta nya arbetssätt bör utvärderas innan ytterligare åtgärder eller register övervägs.

Partikongressen föreslås besluta:

att bifalla motionerna H9:1, H11:1, H11:2, H12:1, H12:2, H15:1, I122:2

H9:1 (Haninge arbetarekommun) att journaler, medicinlistor mm skall följa patienten oavsett vårdgivare
H11:1 (Östergötlands partidistrikt) att ställa sig bakom förslaget om en utvidgad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, inklusive utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin

H11:2 (Östergötlands partidistrikt) att ställa sig bakom förslaget om en kalendergaranti som innebär att patienten får en tid för nästa besök hos sjukvården direkt i handen

H12:1 (Skånes partidistrikt) att ställa sig bakom förslaget om en utvidgad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, inklusive utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin

H12:2 (Skånes partidistrikt) att ställa sig bakom förslaget om en kalendergaranti som innebär att patienten får en tid för nästa besök hos sjukvården direkt i handen

H15:1 (Lidingö arbetarekommun - enskild) att sjukvården ska ges efter behov och inte efter patientens ekonomiska möjligheter

I122:2 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att utveckla bättre praktiska och ekonomiska förutsättningar för samarbete och utbyte av kunskaper och erfarenheter mellan olika enheter inom vård och omsorg

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: A102:3, H1:1, H2:2, H3:1, H4:1, H5:1, H6:1, H7:1, H7:3, H9:2, H9:3, H10:1, H10:2, H13:1, H14:1, H16:1, H17:1, H18:2, H19:1, H19:2, H20:1, H20:2

- A102:3 (Borås arbetarekommun) att ge ett riktat statsbidrag till landstingen för att anställa fler för en förbättrad hygienstandard på sjukhusen
- H1:1 (Haninge arbetarekommun - enskild) att en sådan databas upprättas och ska täcka vårdens alla områden och börja tillämpas så snart som möjligt. Det handlar om människoliv
- H2:2 (Borlänge arbetarekommun) att samtliga region- och universitetssjukhus samt minst två tredjedelar av sjukhusen i varje landsting/region ska drivas i offentlig regi
- H3:1 (Åre arbetarekommun) att sjuksköterskors specialistutbildning ingår i sjuksköterskeyrket och att de uppbär lön under utbildningstiden
- H4:1 (Linköpings arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för att det skall finnas psykologkompetens i grundbemanningen på varje vårdcentral
- H5:1 (Svalövs arbetarekommun) att partikongressen uppdrar åt riksdagsgruppen att verka för att det skapas en lagstiftning som reglerar förhållandena inom allt hälsovårds arbete, dvs även sådant som i dag är oreglerat
- H6:1 (Sala arbetarekommun - enskild) att Socialdemokraterna verkar för att privata sjukvårdförsäkringar som innebär möjligheter för personer att gå före i vårdköerna via privat finansierad vård begränsas
- H7:1 (Huddinge arbetarekommun - enskild) att snarast inleda ett arbete med en ny hälso-och sjukvårdslag för att juridiskt skärpa alla invånares rätt till god vård på lika villkor
- H7:3 (Huddinge arbetarekommun - enskild) att utforma ett budgetbaserat ersättningssystem som utgår från medicinska behov enligt ovan
- H9:2 (Haninge arbetarekommun) att patienten följs upp av läkare och sjukvårdspersonal efter sjukhusvistelse
- H9:3 (Haninge arbetarekommun) att ansvaret för eftervård bärs av sjukvården i samspel med patienten
- H10:1 (Stockholms partidistrikt) att kvalitetskrav kring hälsofrämjande arbete inom primärvården ställs
- H10:2 (Stockholms partidistrikt) att ersättningssystem är kopplade till dessa hälsofrämjande krav
- H13:1 (Malmö arbetarekommun) att SAP verkar för att nationella evidensbaserade riktlinjer utarbetas för förlossningsvården, innefattande riktlinjer mot sfinkterruptur och för kvinnors rätt till fullgod smärtlindring inklusive lustgas
- H14:1 (Höganäs arbetarekommun) att alla män över 45 år kallas till en frivillig PSA blodprov för kontrollera om risk finns för prostatacancer
- H16:1 (Östersunds arbetarekommun) att systemet för specialistutbildning för sjuksköterskor förändras till att genomföras på samma sätt som specialistutbildning för läkare
- H17:1 (Ludvika arbetarekommun) att partikongressen ger partistyrelsen i uppdrag att utreda det s.k. stafettläkarsystemet för att på ett bättre sätt ta tillvara sjukvårdens resurser
- H18:2 (Mölnåls arbetarekommun) att kongressen uppmanar partistyrelsen utforma ett politiskt handlingsprogram hur man skapar fler läkare i vården
- H19:1 (Haninge arbetarekommun) att i 1:a hand att vaccinering mot TBE skall ingå i det allmänna, för den enskilde kostnadsfria vaccinationsprogrammet alternativt
- H19:2 (Haninge arbetarekommun) att i 2:a hand att vaccinering mot TBE skall inrymmas inom ramen för högkostnadsskyddet för vård och läkemedel
- H20:1 (Karlskrona arbetarekommun) att verka för att vårdgivarna fastställer kompetensbehoven inom vårdens olika verksamheter

H20:2 (Karlskrona arbetarekommun) att verka för betald specialistutbildning för sjuksköterskor

Partikongressen föreslås besluta:

att avslå motionerna H8:1

H8:1 (Kalmar läns partidistrikt) att partikongressen i sina politiska riktlinjer ställer sig bakom förslaget med en nollvision för sjukvården och skapandet av en patientsäkerhetskommission

MOTION H1

HANINGE ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Alla vårdtagare ska kunna välja/vägra sin vårdgivande läkare och få snabb tillgång till deras medicinska bakgrund

Att det förekommer skrämmande många misstag inom vården med allvarlig eller även dödlig utgång vilket bekräftas av statistiska studier. I studierna talas även om stort mörkertal. Detta är sjukvårdens skräckinjagande verklighet som har pågått under lång tid och urholkat förtroendet för svensk sjukvård. Tyvärr har problematiken inte uppmärksammats tillräckligt.

Att läkare, som i större utsträckning än andra är ansvariga för ödesdigra misstag, har kunnat komma undan utan nämnvärd påföljd. P.g.a. ineffektiva eller inga åtgärder från ansvariga myndigheter har dessa läkare fortsättningsvis kunnat göra misstag och riskera många människors liv och hälsa. Detta innebär tragik och lidande även för anhöriga. Många vårdtagare känner nervositet och oro inför behandling eller operation. Vidare vet man att många söker vård i andra länder.

Det borde därför nästan vara en mänsklig rättighet att vårdtagaren snabbt ska kunna få sådan information och få rätten att välja/vägra läkare. Ett steg i den riktningen är upprättandet av en databas med information om läkares och vårdpersonals medicinska bakgrund, tex anmärkningar, anmälningar om felbehandlingar alternativt beröm, som kan ge vårdtagaren bättre möjlighet att välja rätt läkare och samtidigt ha den effekten att läkare och annan vårdpersonal månar om sin yrkesskicklighet och professionalism.

Partikongressen föreslås besluta:

H1:1 att en sådan databas upprättas och ska täcka vårdens alla områden och börja tillämpas så snart som möjligt. Det handlar om människoliv

Goran Baban

Haninge arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H2

BORLÄNGE ARBETAREKOMMUN

Ansvaret för vård och omsorg

Det kommer allt fler alternativa utförare inom vård- och omsorgssektorn. Förutom privata företag finns det också stiftelser och företag som drivs som av ideella organisationer eller som kooperativ. Kommuner, landsting och regioner kommer dock aldrig att kunna avsäga sig sitt grundläggande ansvar för dessa viktiga samhällssektorer.

Partikongressen föreslås besluta:

- H2:1 att kommuner och landsting aldrig får överlämna all verksamhet inom hälso-, sjukvård och äldreomsorg i privat regi
- H2:2 att samtliga region- och universitetssjukhus samt minst två tredjedelar av sjukhusen i varje landsting/region ska drivas i offentlig regi
- H2:3 att LOV (lagen om valfrihetssystem) ses över för att öka kommunernas och landstingens möjligheter att kontrollera och styra verksamheten efter rådande lokala förhållanden

Ola Brossberg

Borlänge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H3

ÅRE ARBETAREKOMMUN

Betald specialistutbildning för sjuksköterskor

För att sjukvården ska fungera bra krävs välutbildad personal och ett väl fungerande teamarbete där olika yrkesgrupper samarbetar kring patienten i en helhet. Vi är beroende av specialistkunskaper bland läkare och sjuksköterskor men förutsättningarna att utbilda sig till specialist skiljer sig åt för dessa två yrkesgrupper.

Efter 5,5 års läkarstudier ska läkaren under 18-21 månader göra allmäntjänstgöring (AT) för att få sin legitimation. Under AT-tiden betalar vårdgivaren lön och studier. Senare kan läkaren utbilda sig till specialist inom något område under 5 års tid. Också under den tiden har läkaren en anställning med lön och vårdgivaren står för handledning och utbildning.

En sjuksköterska blir legitimerad efter 3 års studier och kan sedan vidareutbilda sig till specialist under 1- 1,5 år. Under specialistutbildningen får sköterskan ta tjänstledigt och själv bekosta sina studier. Efter utbildad specialistutbildning är det ofta svårt för sjuksköterskorna att få en löneökning som kompenserar för inkomstbortfall och låneskuld.

Det är möjligt att den här skillnaden beror på brist/efterfrågan på läkare men samtidigt går det inte att bortse från genusfrågan, eftersom läkare av tradition varit ett manligt yrke och sjuksköterskeyrket ett kvinnligt.

Enligt Vårdförbundet minskar andelen specialistsjuksköterskor, och när 50-talisterna börjar gå i pension riskerar vi brist på specialistsjuksköterskor. Andelen äldre över 80 år i befolkningen kommer att öka efter år 2020, för att år 2050 vara dubbelt så många som vid sekelskiftet år 2000. Vi behöver fler som jobbar inom vården och vi är beroende av att det t.ex. finns tillräckligt många distriktsköterskor för att kunna ge våra gamla en bra vård och omsorg.

För att förebygga kompetensbrist på sjuksköterskesidan och höja yrkets status föreslår jag förändringar i enighet med motionens intentioner.

Partikongressen föreslås besluta:

H3:1 att sjuksköterskors specialistutbildning ingår i sjuksköterskeyrket och att de uppbär lön under utbildningstiden

Ann-Marie Johansson

Åre arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H4

LINKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

En psykolog på varje vårdcentral

En person av fem drabbas någon gång i livet av depression och 20 – 40 % av befolkningen i Sverige idag lider av någon form av psykisk ohälsa. Det betyder att psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige idag.

Depression och ångest tillhör de vanligaste psykiatriska tillstånden. 70 % av patientgruppen som lider av lindrig till måttlig depression eller ångest söker vård i primärvården som därmed utgör första linjens psykiatri. Av de som söker sig till vårdcentralen generellt har ca en tredjedel psykiska eller psykosociala problem. Vårdcentralerna saknar dock i hög utsträckning egen psykologkompetens, endast 54 % har tillgång till psykolog men skillnaderna är stora över landet. Därmed saknar vårdcentralerna i hög utsträckning den egna kompetens som behövs för att kunna ge patienterna den bästa och av Socialstyrelsen rekommenderade evidensbaserade vården.

Enligt Socialstyrelsens uppskattningar upptäcks inte var annat fall av och ångest och depression. Färre än var tionde patient av de som är diagnostiserade får någon form av specifik psykologisk behandling. Enligt Socialstyrelsens uppskattningar är i dagsläget minst 8 % av den vuxna befolkningen aktuella för psykologisk behandling avseende lindrig till måttlig depression eller ångest.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall dessa tillstånd i första hand behandlas psykologisk behandling (samtalsbehandling).

Under 2007 behandlades något fler än 700 000 personer med antidepressiva läkemedel, till en kostnad av ca 1 miljard kronor. Dubbelt så många av de som behandlats med antidepressiva läkemedel återinsjuknar, jämfört med dem som behandlats med kognitiv beteendeterapi (KBT, en evidensbaserad psykologisk behandling). På kort sikt ger KBT minst lika bra effekt som läkemedel men innebär initialt en högre kostnad. På lång sikt har KBT däremot en bättre effekt i form av förkortade sjukskrivningstider och färre läkarbesök, vilket är en vinst för såväl samhället som för individen. KBT-behandling har till skillnad från farmaka inga kända biverkningar.

Vårt problem är alltså: psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem. Uppskattningsvis hälften av alla som lider av ångest och depression får ingen eller fel diagnos. Av de som diagnostiserats får mindre än 10 % del av den effektiva psykologiska behandling som finns. Vårdcentralerna saknar i allt för hög utsträckning den kompetens som krävs för att möta behoven. Detta medför stora kostnader för samhället och ett onödigt lidande för patienten.

Med psykologkompetens i grundbemanningen på varje vårdcentral förbättras primärvårdens möjligheter avsevärt att tidigt upptäcka och ge evidensbaserad behandling till denna stora patientgrupp.

Partikongressen föreslår besluta:

H4:1 att Socialdemokraterna verkar för att det skall finnas psykologkompetens i grundbemanningen på varje vårdcentral

Tobias Wiklund och S-föreningen Forum

Linköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H5

SVALÖVS ARBETAREKOMMUN

Förbättrad kontroll av hälsobranchen

För oss Socialdemokrater är rätten till hälsa ett grundläggande uppdrag att arbeta för. I detta uppdrag ingår att säkerställa att organisationer och företag som arbetar inom sjuk- och hälsovårdsbranscherna är seriösa och har kompetens för det man utger sig för att kunna.

Tyvärr har under många år utvecklats en privat marknad inom frisk- och hälsovårdsbranschen som är helt oreglerad. Inom dessa sektorer säljer man allt från piller och pulver till diverse behandlingar som man påstår ska ha terapeutiska effekter på allehanda ohälsotillstånd.

Förr fanns det en lagstiftning som gick under benämningen ”kvacksalveri lagen”. Av någon outgrundlig anledning tycks denna lag ha tagits bort. Därmed har det öppnat marknaden för allehanda oreglerad företag att etablera sig och erbjuda en rad olika sk ”terapi”. Det finns i dag många företag där verksamhetsutövaren har gått veckoslutskurser hos privata utbildningsanordnare inom frisk- och hälsovård och som därefter slår upp sina portar och erbjuder olika former av ”behandlingar”. I många fall riktar sig dessa behandlingar till människor om befinner sig i mycket utsatta situationer i sina liv.

Sjuk- och hälsovårdspersonal har utbildningar på mellan tre – nio år med högskolestudier för att kunna ägna sig åt terapeutiska insatser för människor. Arbetet är noggrant kontrollerat och ska bedrivas utifrån ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. För dessa personalkategorier finns det en kontroll organisation som säkerställer patienternas säkerhet och rätt.

Partikongressen föreslås besluta:

H5:1 att partikongressen uppdrar åt riksdagsgruppen att verka för att det skapas en lagstiftning som reglerar förhållandena inom allt hälsovårds arbete, dvs även sådant som i dag är oreglerat

Kjerstin Sörngård Thulin och Karl-Erik Kruse

Svalövs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H6

SALA ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

God vård på lika villkor

I Sverige har alla medborgare rätt till god vård på lika villkor enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Den demografiska utvecklingen gör att andelen äldre blir allt fler. Det gör samtidigt att fler vårdbehövande ska finansieras av en mindre andel sysselsatta. Välståndet ökar vilket gör att vi prioriterar hälsan högre och den medicintekniska utvecklingen gör att vi kan behandla fler. I grunden är detta något mycket positivt.

Försäkringsbolagen har sett en ökande marknad för så kallade sjukvårdsförsäkringar. Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat stort under senare år. Argumentet är att hälso- och sjukvården har en del övrigt att önska för många och att det är långa värdköer och bristande kvalitet på rehabiliteringsresurser. Sjukvårdsförsäkring är numera något som en arbetsgivare ofta skaffar åt sina anställda. Rent affärsmässigt är det ett sätt att garantera att värdefull arbetskraft snabbt och smärtfritt återgår till arbete. Arbetsgivarnas argument är ”att sjukvård som tar lång tid, görs fel, görs om och på olika sätt är påfrestande för anställda skapar längre sjukskrivningsperioder, högre kostnader för vikarier med upplärlingstid mm. Skulle en anställd på grund av för dålig sjukvård bli förtidspensionerad går företaget miste om mycket kompetens och kunskap som de gjort stora investeringar i. En sjukvårdsförsäkring åt anställda en ren investering för företag.” Även allt fler fackförbund erbjuder sina medlemmar sjukvårdsförsäkringar.

En sjukvårdsförsäkring ger den försäkrade tillgång till ett stort nätverk av kompetent privat sjukvård och man kan snabbt få tillgång till all den vård man behöver, enligt försäkringsbolagen. Ofta betalar sjukvårdsförsäkringen läkarvård och annan behandling, operation och sjukhusvistelse, eftervård, resor, logi, läkemedel, tillfällig utomlandsvistelse, rehabilitering, terapi samt hjälpmedel.

Väntetiderna är oerhört mycket kortare än inom den grundförsäkrade sjukvården men man reserverar sig även med att det kan ta olika lång tid beroende på sjukdom och problem. Exempelvis kan vissa avancerade operationer bara utföras av ett visst antal kirurger.

Detta skapar gräddfiler i hälso- och sjukvården och dränerar offentlig sektor på resurser.

Samhällsekonomiskt står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar. Finansieringen av hälso- och sjukvården är en av våra viktigastes framtidsfrågor. Men den förändrade demografin är inte hela sanningen då utvecklingen av nya behandlingsformer förändrar hälso- och sjukvårdens struktur. Tittålskirurgin innebär kortare vårdtider med mycket lägre vårdkostnader. Utveckling av olika läkemedel har till exempel inneburit att diagnosen magsår är mycket ovanlig idag och behöver inte opereras. Mammografi, vaccinationer (även mot vissa cancerformer) etcetera innebär minskade hälso- och sjukvårdskostnader. Listan kan göras lång. Vad innebär det exempelvis för hälso- och sjukvården om vi inom de närmaste decennierna löser gåtan om demens?

Skall medelålders personer gå före någon som nyss har blivit pensionär eller skall yrkesverksamma med facklig anslutning och som har sjukvårdsförsäkring få gå före arbetslösa i vårdkön. Detta är ett etiskt och moraliskt problem. Sverige ska ha världens bästa sjukvård, inte bara för några utan för alla. Privata sjukvårdsförsäkringar strider mot en av socialdemokratins grundpelare, nämligen människors lika värde.

Partikongressen föreslås besluta:

H6:1 att Socialdemokraterna verkar för att privata sjukvårdsförsäkringar som innebär möjligheter för personer att gå före i vårdköerna via privat finansierad vård begränsas

Hyttans s-förening

Sala arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H7

HUDDINGE ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

God vård på lika villkor till ett rimligt pris

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om ”God vård på lika villkor” och dess etiska principer för en rättvis vård har förvandlats till kulisser. Bakom dessa kulisser driver den borgerliga majoriteten en vårdpolitik som bryter mot lagens intentioner utan att detta leder till några legala påföljder. Hälso- och sjukvårdslagen är i viktiga avseenden endast vägledande medan de kommersiella lagarna är legalt bindande. I praktiken betyder det att kommersiella intressen skall tillgodoses inom den offentligt finansierade vården även om det innebär ett brott mot hälso- och sjukvårdslagens principer om ”God vård på lika villkor”. Det är ohållbart.

Vi har inget längre att sätta emot när starka kommersiella intressen, genom EU och Världshandelsorganisationen WTO, verkar för att öppna den offentligt finansierade vårdmarknaden för kommersiella vårdföretag. Vi behöver snarast inleda ett arbete med en ny hälso- och sjukvårdslag för att

juridiskt säkerställa alla invånares rätt till vård på lika villkor. I avvaktan på att den nya lagstiftningen finns på plats bör den fria etableringsrätten avskaffas genast.

Den fria etableringsrätten inom vården innebär frihet för den som vill etablera en mottagning där lönsamheten är som störst. Det medför att finansären =skattebetalaren inte längre har något inflytande över att fördela vårdresurserna till de områden där behovet är som störst. Det finns heller inget tak för kostnaderna utan vården ges på löpande räkning. Det är vad som hänt i ”Vårdval Stockholm”.

Karolinska Institutets Folkhälsoakademi har gjort en uppföljning av Vårdval Stockholm (2010:12). Där konstateras om resursfördelningen mellan områden: ”Genom Vårdval Sthlm har resurser omfördelats från områden med lägre medelinkomst till områden med hög medelinkomst”. ”Den rikaste kvartilen har ökat sin andel av totala resurserna medan övriga kvartiler minskat”.

Vad gäller produktiviteten sägs i rapporten att produktiviteten ökat med 10 % det första året och 3 % det andra verksamhetsåret. Ett problem med sättet att beräkna är att registreringen av prestationer i primärvården inte inkluderar information om vårdtyngd, tidsåtgång, åtgärd och diagnos.”

De som arbetar inom vården vittnar om den undanträngningseffekt som skett till förmån för korta besök för enkla åkommor som kan behandlas av sjuksköterskor eller råd om egenvård på bekostnad av multisjuka och äldre. Det visar också KI rapporten på, antalet läkarbesök har ökat kraftigt (+ 550 000) medan besöken hos sjuksköterskor har minskat (- 60 000) mellan åren 2006 och 2009.

Vidareutbildningen har minskat. Det har skett i såväl landstingsdriven som privatdriven vård. Det är oroande för en verksamhet där utvecklingen sker i snabb takt och är nödvändig för att garantera en god kvalitet. Det är en följd av att ersättningar i stor utsträckning baserar sig på antal besök.

Dagens ersättningssystem har utformats för att passa en kommersiell marknad. I en komplex verksamhet som sjukvård är det inte möjligt att beskriva kvalitet i några enkla kvantitativt mätbara variabler som antal besök och patientenkäter (de som aldrig kom fram svarar inte på enkäter inte heller de som är allra sjukast och de som av annan anledning inte har förmåga till det).

Drivkraften i ersättningssystemet måste förändras så att det driver god vård istället för att fokusera på antalet besök.

Förtroendet för vården riskeras om inte de medicinska behoven får komma i första hand istället för kommersiella hänsynstagande vad som är lönsamt för mottagningen. Istället för att konkurrera mellan olika vårdenheter bör samverkan vara ledordet för att uppfylla kravet om en ”God vård på lika villkor” till ett rimligt pris.

Ett budgetbaserat ersättningssystem behöver utformas så det utgår från medicinska behov där hänsyn tas till patienternas vårdtyngd och innefattar förebyggande insatser, klinisk forskning, vidareutbildning och adekvat handledning.

Debatten har många gånger handlat om att tillåta olika utförare av vården och i vilken grad vinster skall begränsas. Skattefinansierad verksamhet ska vara effektiv och medlen som avsätts skall komma verksamheten tillgodo är en självklarhet för många. Nuvarande ersättningssystem och lagstiftning klarar inte att säkerställa det. Idéburna vårdgivare kan vara ett värdefullt komplement till den landstingsdrivna vården och är viktiga att värna om. Ett rimligt vinstuttag som begränsas till sådan som återinvesteras i verksamheten skulle kunna vara motiverad.

Partikongressen föreslås besluta:

- H7:1 att snarast inleda ett arbete med en ny hälso-och sjukvårdslag för att juridiskt skärpa alla invånares rätt till god vård på lika villkor
- H7:2 att avskaffa den fria etableringsrätten
- H7:3 att utforma ett budgetbaserat ersättningssystem som utgår från medicinska behov enligt ovan
- H7:4 att vinster begränsas till de som återinvesteras i verksamheten

Ulla Olsson

Huddinge arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H8

KALMAR LÄNS PARTIDISTRIKT

Hög tid att vården får en nollvision

Varje år dör 3 000 människor i Sverige på grund av misstag eller felbehandlingar inom sjukvården enligt Socialstyrelsen. Det innebär att 64 människoliv släcks i onödan varje dag. Totalt sett drabbas årligen 100 000 patienter i Sverige av felbehandlingar eller brister i sjukvården. Trots dessa fruktansvärda förhållanden saknas en nationell nollvision kopplad till en gemensam handlingsplan för att komma tillrätta med bristerna. Ansvaret för detta vilar ytterst på sjukvårdens huvudmän och regeringen.

Socialdemokraterna bör föreslå riksdagen att inrätta en nationell patientsäkerhetskommision tillsammans med Sveriges kommuner och landsting. Uppdraget ska vara att formulera en nollvision för antalet undvikbara dödsfall i sjukvården likt den som finns och har fungerat framgångsrikt i trafiken. Därtill föreslår vi att en överenskommelse tas fram mellan staten och SKL med målsättningen att Sverige inom tio år ska ha världens mest patientsäkra hälso- och sjukvårdssystem. Sverige måste skapa en vård med en hög säkerhetskultur där reaktionerna på brister åtgärdas snabbt.

Nollvisionen bör innehålla målsättningar som inga undvikbara dödsfall, inget undvikbart lidande, ingen undvikbar väntetid, ingen hjälplöshet och inget slöseri med resurser.

Låter det som en utopi? Nej! Det är oacceptabelt att patienter drabbas i onödan av vårdskador som leder till bestående men eller i värsta fall död. Det måste bli en självklarhet att ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar vårdskada. Det är orimligt att människor blir sjukare av vården än de var innan de sökte hjälp.

Sjukvården är visserligen en högriskverksamhet där det alltid kommer att förekomma mänskliga misstag och behandlingar som gör att patienter dör. Men sjukvården är skyldig att göra allt som går för att undvika vårdskador. Att nästan vart tionde vårdtillfälle leder till en vårdskada, till exempel infektion, trycksår eller feldosering av läkemedel, beror generellt på att säkerhetsarbetet inte är tillräckligt prioriterat. Högt tempo och bristande rutiner gör exempelvis att anställda inom sjukvården gör fel, onödiga fel. Fortfarande är sjukvården inte en tillräckligt lärande organisation. Det saknas många gånger ett systematiskt arbete med att upptäcka, granska och åtgärda brister.

Inte sällan uppstår en vårdskada när patienter skrivs in eller ut från vårdenheter. Det brister i överlämningar mellan exempelvis sjukhus och äldreboenden. En patientsäker vård bygger på att skapa väl fungerande vårdprocesser, där alla delar i vårdkedjan samarbetar. Onödigt dubbelarbete ska undvikas. Alla delar inom sjukvården måste samverka smidigt och obyråkratiskt. Inom äldrevården är det speciellt tydligt att samarbetsformerna med hemsjukvården måste utvecklas.

Sjukvården borde kunna utveckla en säkerhetskultur liknande den inom trafiken, flyget eller kärnkraftsindustrin. Där är misstag oacceptabla. Checklistor, tid till säkerhetsgenomgångar och reflektion hör till vardagen. Vägen dit är lång, komplex och mödosam. Men vi är övertygade att den svenska sjukvården kan klara utmaningen. Den medicinska kvaliteten på svensk sjukvård är internationellt sett mycket hög. Flera viktiga steg har också tagits de senaste åren för att förbättra vårdkvaliteten och öka patientsäkerheten. Det finns en nationell patientsäkerhetssatsning som har fokus på att bland annat minska urinvägsinfektioner och fallskador. Men för att uppnå en nollvision krävs betydligt mer än så.

Sjukvården måste bli bättre på att ta tillvara patienter och närstående som en resurs, att utveckla lärandet, att samarbeta bättre mellan olika aktörer och att riva ålderdomliga hierarkier och låta samtliga professioner använda sin kunskap fullt ut. Resurserna kan helt enkelt nyttjas mycket mer optimalt. Vi vill att socialdemokraterna ska gå i täten för en nollvision för antalet skadade och döda i sjukvården.

Partikongressen föreslås besluta:

H8:1 att partikongressen i sina politiska riktlinjer ställer sig bakom förslaget med en nollvision för sjukvården och skapandet av en patientsäkerhetskommission

Kalmar läns partidistrikt

MOTION H9

HANINGE ARBETAREKOMMUN

Konsekvenser av byte av huvudmannaskap från landsting till privat sjukvård

Enligt nuvarande system fungerar övergången minst sagt dåligt för patienten när driften överläts från ett landsting till en privat aktör. Eftersom tidigare patientuppgifter inte automatiskt överförs i samband med bytet finns det en stor risk att patienten i vissa avseenden faller mellan stolarna.

Patienten får ingen information om att journalerna är borttagna och att denne själv måste ringa och boka tid för återbesök och kontroll, detta trots att sjukhuset överlämnat vården av patienten till vårdcentralen.

Man vågar också ana att det skulle uppstå motsvarande problem om överföringen gick åt andra hållet eller när en patient flyttar från ett landsting till ett annat.

Detta är helt enkelt oacceptabelt att det inte finns system som bär och fångar upp patienten när övergång av olika skäl sker.

Partikongressen föreslås besluta:

- H9:1 att journaler, medicinlistor mm skall följa patienten oavsett vårdgivare
- H9:2 att patienten följs upp av läkare och sjukvårdspersonal efter sjukhusvistelse
- H9:3 att ansvaret för eftervård bärs av sjukvården i samspel med patienten

Maj Lundell

Haninge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H10

STOCKHOLMS PARTIDISTRIKT

Krav på hälsofrämjande insatser inom primärvården

Historiskt sett arbetade sjukvården med fokus på hälsofrämjande insatser; som bättre hygien, påpekanget av behovet av vatten och avlopp, mödrahälsovård osv. Det var innan den moderna läkekonsten kunde bota och lindra sjukdom med behandlingar och läkemedel. När alltfler läkemedel utvecklades och behandlingsmetoderna blev mer effektiva, så svalnade intresset inom sjukvården för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Man ansåg att ”det förebyggande får andra sköta.”

Idag är det dock allmänt erkänt att hälso- och sjukvården har en stor möjlighet att både främja och förebygga sjukdom. Istället för att passivt skriva ut olika läkemedel så vet man idag att det är viktigt att prata med patienten om alkohol-, tobaks- och motionsvanor och motivera till en förändring om det verkar behövas. Vårdcentralerna måste praktiskt kunna erbjuda hjälp till den som vill ändra på sina levnadsvanor. Det finns många människor som lider av psykisk ohälsa, men som inte talar om det. Om man mår dåligt psykiskt så påverkar det även den fysiska hälsan. Hälso- och sjukvården kan bli bättre på att samtala med sina patienter och därmed ge mer adekvat hjälp.

Även om människors levnadsvanor i stor utsträckning är socialt betingade, så har hälso- och sjukvården en unik möjlighet att samtala med den enskilda människan om hennes levnadsvanor som kan påverka hälsan på sikt och ge individuellt anpassat stöd. Hälso- och sjukvården kan inte ändra på alla de sociala bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, däremot kan man med sin kunskap ge samhället underlag för olika insatser. På individnivån är dock hälso- och sjukvården oslagbar, där kan man mellan fyra ögon prata om just ”min” hälsa kopplat till mina levnadsvanor, inte om levnadsvanor i allmänhet.

Det idag allmänna erkännandet att hälso- och sjukvården har en viktig roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet praktiseras dock inte alltid i de system med olika former av vårdval som nu finns och införs. Ersättningssystemen på många håll är helt enkelt inte uppbyggda för att främja den typen av insatser från olika personalgrupper. Idag kan det istället vara tvärtom; det kan löna sig ekonomiskt för en vårdcentral att en patient gör många och korta besök hos en läkare för olika åkommor – istället för att erbjudas några längre samtal som kanske gör att det inte finns behov av läkarbesök så ofta.

Vid utformandet av olika sjukvårdssystem är det absolut nödvändigt att krav på hälsofrämjande insatser ställs, att de kan följas upp och att ersättningssystemen är så utformade att hälsofrämjande arbete gynnas.

Partikongressen föreslås besluta:

H10:1 att kvalitetskrav kring hälsofrämjande arbete inom primärvården ställs

H10:2 att ersättningssystem är kopplade till dessa hälsofrämjande krav

Margareta Persson

Stockholms partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H11

ÖSTERGÖTLANDS PARTIDISTRIKT

Köfri vård

Alla ska snabbt och enkelt kunna komma i kontakt med den svenska hälso- och sjukvården. Därför måste Socialdemokraternas målsättning vara att skapa en köfri hälso- och sjukvård som anpassas efter dem som använder den.

Vården ska organiseras på ett sådant sätt att det underlättar för patienter och medborgare att planera sin vardag. Det kräver en organisation som ställer patientens behov i centrum och möjliggör för patienten att ha inflytande över den egna vården. Ofta kräver kontakten med vården alltför mycket tid. Många patienter tvingas vara sin egen vårdlots när de skickas runt mellan olika avdelningar med remisser och kallelser. Socialdemokraterna måste därför presentera politiska förslag för att underlätta patienternas resa genom hälso- och sjukvården. Vi menar att sjukvården behöver anpassa sitt sätt att arbeta och de system som används utefter patienternas behov av information och framförhållning.

Dagens vårdgaranti (0-7-90-90) går ut på att patienten ska få kontakt med sin vårdcentral samma dag, träffa en läkare i primärvården inom 7 dagar, träffa en specialistläkare inom 90 dagar och få tid för behandling eller operation inom ytterligare 90 dagar. Dagens vårdgaranti är otillräcklig, eftersom tider för utredning, exempelvis röntgen eller provtagningar, inte är inkluderade. Det innebär att den maximala väntetiden i realiteten kan bli mycket längre.

Vi föreslår därför en utökad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, dvs även tid för utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin.

Vi vill ha en så kallad kalendergaranti inom svensk hälso- och sjukvård. Det innebär att när patienten lämnar vårdcentralen eller specialistläkaren ska hon ha fått en tid för när nästa planerade besök hos sjukvården kommer äga rum, istället för att behöva invänta att en kallelse skickas hem. På så vis elimineras mycket av den oro som den ovissa väntan innebär och patienten kan själv planera sin vardag. Detta är ett sätt att skapa tydlighet i vårdkedjan samtidigt som patientens inflytande över planeringen förstärks.

Partikongressen föreslås besluta:

- H11:1 att ställa sig bakom förslaget om en utvidgad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, inklusive utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin
- H11:2 att ställa sig bakom förslaget om en kalendergaranti som innebär att patienten får en tid för nästa besök hos sjukvården direkt i handen

Östergötlands partidistrikt

MOTION H12

SKÅNES PARTIDISTRIKT

Köfri vård

Alla ska snabbt och enkelt kunna komma i kontakt med den svenska hälso- och sjukvården. Därför måste Socialdemokraternas målsättning vara att skapa en köfri hälso- och sjukvård som anpassas efter dem som använder den.

Vården ska organiseras på ett sådant sätt att det underlättar för patienter och medborgare att planera sin vardag. Det kräver en organisation som ställer patientens behov i centrum och möjliggör för patienten att ha inflytande över den egna vården. Ofta kräver kontakten med vården alltför mycket tid. Många patienter tvingas vara sin egen vårdlots när de skickas runt mellan olika avdelningar med remisser och kallelser. Socialdemokraterna måste därför presentera politiska förslag för att underlätta patienternas resa genom hälso- och sjukvården. Vi menar att sjukvården behöver anpassa sitt sätt att arbeta och de system som används utefter patienternas behov av information och framförhållning.

Dagens vårdgaranti (0-7-90-90) går ut på att patienten ska få kontakt med sin vårdcentral samma dag, träffa en läkare i primärvården inom 7 dagar, träffa en specialistläkare inom 90 dagar och få tid för behandling eller operation inom ytterligare 90 dagar. Dagens vårdgaranti är otillräcklig, eftersom tider för utredning, exempelvis röntgen eller provtagningar, inte är inkluderade. Det innebär att den maximala väntetiden i realiteten kan bli mycket längre.

Vi föreslår därför en utökad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, dvs även tid för utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin.

Vi vill ha en så kallad kalendergaranti inom svensk hälso- och sjukvård. Det innebär att när patienten lämnar vårdcentralen eller specialistläkaren ska hon ha fått en tid för när nästa planerade besök hos sjukvården kommer äga rum, istället för att behöva invänta att en kallelse skickas hem. På så vis elimineras mycket av den oro som den ovissa väntan innebär och patienten kan själv planera sin vardag. Detta är ett sätt att skapa tydlighet i vårdkedjan samtidigt som patientens inflytande över planeringen förstärks.

Partikongressen föreslås besluta:

- H12:1 att ställa sig bakom förslaget om en utvidgad vårdgaranti som inkluderar alla processer i vårdkedjan, inklusive utredning och rehabilitering i de områden som idag omfattas av den nationella vårdgarantin
- H12:2 att ställa sig bakom förslaget om en kalendergaranti som innebär att patienten får en tid för nästa besök hos sjukvården direkt i handen

Skånes partidistrikt

MOTION H13

MALMÖ ARBETAREKOMMUN

Nationella riktlinjer för förlossningsvården

Allt fler kvinnor kräver kejsarsnitt när de ska föda barn, även när det inte är medicinskt motiverat. Skälen är vanligtvis rädsla för förlossningssmärtan och rädsla för omfattande sprickor i samband med förlossningen.

Vårdens sätt att hantera detta är att försöka lugna blivande mödrar i kontakten med mödravården och särskilda samtal med kvinnor som lider av extrem förlossningsrädsla. Målet är att uppmuntra kvinnorna till vaginal förlossning, som både är billigare för vården och vanligtvis innebär mindre risker för moder och barn. Vi har en låg mödra- och barndödlighet i Sverige och förlossningsvården håller fortfarande hög kvalitet i en internationell jämförelse, men det finns brister.

Nedskärningar minskar på många håll personaltätheten vilket leder till stress för berörda familjer och personal och försämrad säkerhet för mödrar och barn. ”Löpande bands-princip” har föreslagits i Skåne-regionen, vilket innebär att kvinnor som fött utan komplikationer helst ska lämna sjukhuset inom sex timmar efter förlossningen. Detta kan medföra risk för mor och barn då vissa sjukdomar inte upptäcks förrän efter ett dygn eller till och med senare. I Malmö har familjehotellet tagits bort av besparingskäl, vilket innebär att pappans roll reduceras under den första avgörande tiden.

Vad som är än mer allvarligt är att Sverige uppvisar en högre andel svåra förlossningsskador än våra nordiska grannländer. På 70-talet var frekvensen av allvarliga skador låg i Sverige, men sedan dess har skadorna ökat i takt med att allt fler kvinnor föder i upprätt läge och barnmorskans handläggning i utdrivningsskedet blivit mindre central.

I Finland har barnmorskorna fortsatt med traditionella metoder, framför allt så kallat perinealskydd i utdrivningsskedet, för att förebygga svåra förlossningsskador. Här uppvisas den lägsta andelen mödrar med allvarliga förlossningsskador.

I Norge bestämde man sig för att göra något åt den höga andelen svåra förlossningsskador och införde nationella råd för förlossningsvården på detta område, inspirerade av finnarna. Effekten har blivit att antalet allvarliga förlossningsskador i Norge har halverats.

I Sverige drabbas varje år nästan 3 000 kvinnor i Sverige av den allvarligaste formen av förlossningsskada, sfinkterruptur. Denna skada innebär att samtliga lager av vävnader i underlivet har brustit. Hälften av skadorna läker ut av sig själva, men det kan ta lång tid. I en fjärdedel av fallen hjälper en operation, men den resterande fjärdedelen får men för livet. Samtliga kvinnor har tillfälligt eller permanent svårt att leva ett normalt liv och många lider av fruktansvärda smärtor.

I Sverige informeras inte blivande mödrar av mödravården om risken att drabbas av sfinkterruptur. Risken bedöms som liten och man vill inte oro kvinnorna i onödan. Det finns sätt för en blivande moder att själva effektivt förebygga sfinkterruptur, främst genom att föda fram barnet i ryggläge eller på sidan och kräva att barnmorskan utför så kallat aktivt perinealskydd i utdrivningsskedet. Men vet man inte om att man löper en risk vet man ju självklart inte hur man ska göra eller vad man kan kräva.

Många fall av sfinkterruptur upptäcks direkt i samband med förlossningen och opereras. Men det förekommer att skador inte upptäcks eller inte läker som de ska. Åskilliga kvinnor skäms så mycket för att de inte kan hålla tätt/ har ont vid samlag och toalettbesök att de inte vågar söka hjälp.

Andelen fall av sfinkterrupturer varierar mellan sjukhusen i Sverige men en genomgång av större sjukhus visar att andelen är högre än både i Norge och Finland, där det finns riktlinjer för att förebygga svåra skador. Sunderby sjukhus i Luleå sticker ut på ett positivt sätt i den svenska statistiken. Under senare år har de arbetat medvetet för att förebygga omfattande sprickor, inspirerade av finska barnmorskor. De befinner sig idag i täten vad gäller förebyggande arbete mot förlossningsskador. Andelen sfinkterrupturer vid förlossningar har gått från 3% till 2%. Nästa mål för sjukhuset är att få ner andelen till 1%.

Statistiken för våra större sjukhus i Sverige är inte lika uppmuntrande:

Södersjukhuset 5.57%, Västerviks sjukhus 5.31%, Danderyds sjukhus 4.75%, Karolinska universitetssjukhuset 4.6%, Malmö, Skånes universitetssjukhus 4,29 %, Värnamos sjukhus 3,92%, Lasarettet i Lycksele 3,91%, Lund, Skånes universitetssjukhus 3,9%, Norrlands universitetssjukhus 3,6%, Sahlgrenska Universitetssjukhus 3,45%

Detta ska jämföras med den genomsnittliga andelen sfinkterrupturer vid finländska förlossningar som ligger på 0,5%!

Socialstyrelsen har hittills varit kallsinnig till att införa nationella riktlinjer för att förebygga sfinkterruptur i Sverige, trots att det skulle kunna innebära att över 1 000 kvinnor varje år slapp att drabbas.

En annan brist i förlossningsvården är att kvinnor på pappret har rätt till all smärtlindring som finns att få, men i praktiken kan enskilda sjukhus och landsting inskränka denna rätt.

När det gäller ”naturliga smärtlindringsmetoder” såsom varma bad och akupunktur är möjligheterna ytterst begränsade, med platsbrist och stressad personal som ska hantera flera förlossningar samtidigt.

De vanligaste smärtlindringsmetoderna som erbjuds och som ger bäst effekt för de flesta är lustgas och epidural (ryggbedövning).

När kvinnan kommer in till förlossningen och har ont brukar lustgas vara det som erbjuds först. Lustgas är ofarligt både för moder och barn och innebär effektiv smärtlindring eftersom den minskar smärtimpulserna. Kvinnan kan själv andas in så mycket lustgas hon vill när hon behöver det och kan därmed lindra sin egen smärtupplevelse. Lustgasen försvinner sedan snabbt ur kroppen.

Lustgas används vid ungefär 70% av alla förlossningar och började användas inom svensk förlossningsvård redan i slutet av 1800-talet.

Epidural (ryggbedövning) sätts vanligtvis in i ett senare skede av förlossningen, för att inte störa värkarbetet, och brukar bara ges när kvinnan begär det. Epidural ges inte av barnmorskor utan bara av narkosläkare, som även jobbar på andra avdelningar av sjukhuset. Det innebär att kvinnan måste vänta in att en narkosläkare blir ledig, vilket kan ta tid. Många kvinnor får höra att det är ”för sent” för att få epidural, det vill säga att förlossningen gått så långt att det enligt barnmorskan inte är motiverat. De får då klara sig med lustgas.

Gävleborgs landsting har nu valt att avskaffa lustgas helt vid förlossningar. Motiveringen är miljö- och arbetsmiljöskäl. Och detta trots att flera sjukhus med framgång lyckats minimera utsläppen av lustgas, till gagn både för miljön och arbetsmiljön.

I Stockholms läns landsting är samtliga fem förlossningssjukhus anslutna till lustgasdestruktionsanläggningar som omvandlar den miljöfarliga lustgasen till syrgas och kvävgas. Det görs också noggranna kontroller av gasledningsnätet och uttagen i förlossningsrummen så att läckage av gas inte uppstår.

I Norrbottens landsting har också ett framgångsrikt arbete bedrivits. För 10 år sedan läckte hälften av gasen ut i atmosfären och kom aldrig till nytta för patienterna. Idag har förbrukningen minskat med 75%. Arbetet mot gasläckage är huvudorsaken till resultatet. Men det är inte bara ledningar som tätats utan mammorna får också information om att de ska andas ut i masken, för att undvika att gasen läcker ut i rummet och skadar personalen. Gravid personal arbetar inte med förlossningar i landstinget, utan får andra arbetsuppgifter under graviditeten.

Örebro läns landsting har skapat en förbränningsanläggning dit lustgasen leds och bränns upp, för att förhindra gasutsläpp. Tidigare släpptes lustgasen ut i atmosfären, men nu går den istället direkt in i biogasspannan. Även läckage inne i förlossningsrummen har minimerats, av arbetsmiljöskäl. På universitetssjukhuset i Örebro har en speciell hakdel införts till lustgasmasken. Hakdelen hjälper till att samla in mer av lustgasen och förhindrar gasläckage.

Trots att kvinnor som grupp står för en mindre andel av klimatutsläppen än män som grupp är det kvinnorna som får betala priset för miljöarbetet i Gävleborgs landsting, när de nu tvingas föda utan lustgas.

Som svar på frågan vilken smärtlindring födande kvinnor ska få istället för lustgas blev svaret: Avslappningsövningar och epidural.

Förlossningssmärtan är individuell, men den är för de flesta kvinnor den värsta smärta de upplever under sin livstid. Att föda utan smärtlindring kan jämföras med att bli opererad utan bedövning, något de flesta skulle finna helt otänkbart!

Att i detta läge hänvisa till ”avslappningsövningar” som alternativ till lustgas känns som ett hån.

När det gäller epidural måste detta vara ett val som varje kvinna gör. Många vill inte ha det av rädsla för komplikationer. Epidural är den mest effektiva smärtlindringsmetoden men den har en baksida. Epidural kan öka risken för värksvaghet, vilket i sin tur ökar risken för sugklocka och tång, som i förlängningen kan orsaka allvarliga förlossningsskador.

Det är mycket olyckligt om kvinnor mot sin vilja känner sig tvingade till epidural för att de nekas lustgas och inte klarar av smärtan.

Lustgas behövs dessutom ofta som komplement, även när kvinnan får epidural. Det är först i ett relativt sent skede av förlossningen som epidural sätts in, de flesta kvinnor behöver lustgas innan dess för

att lindra smärtan. I utdrivningsskedet är epidural mindre effektivt och även då behövs som regel lustgas för att stå ut med smärtan.

Om modern drabbas av utmattning eller panik är det negativt för förlossningsförloppet, smärtlindring genom hela förlossningen kan hjälpa till att förebygga dessa tillstånd.

Den smärtfria förlossningen finns inte, men man kan göra mycket för att lindra smärtan och göra upplevelsen så positiv som möjligt för den födande kvinnan. Många kvinnor upplever lustgasen som den bästa vännen under förlossningen och "vägrar släppa masken". Att i detta läge ta bort den helt är otroligt grymt.

Risken är att fler kvinnor kommer att kräva kejsarsnitt eller vägra föda mer än ett barn, när de upplevt sin första förlossning som tortyr.

Så här skriver en barnmorska om beslutet att slopa lustgasen i Gävleborgs landsting:
"Angående att avveckla lustgasen i Gävleborg. Jag tycker det är födande kvinnors rättighet att ha tillgång till lustgas. Naturligtvis får det inte vara skadligt/farligt för oss som jobbar i närheten av den födande kvinnan. Måste ju finnas lösningar att ta till. På vissa ställen i Norge använder man sig av engångsslangar till lustgasaggregatet. Kanske personalen skulle använda munskydd i närheten av den födande kvinnan som använder lustgas? Mer täckande masker, bättre utsug. Den största delen av lustgasen som kommer ut i rummet kommer från kvinnans utandningsluft, tror inte det läcker från masken som hon "slänger" runt. Lustgasen får hon i sig när hon andas in från masken. Man måste titta på lösningar till problemet innan man avvecklar tycker jag. Att man avvecklat på andra ställen som t.ex. ambulansen kan man inte jämföra med en förlossningsavdelning. Där har man möjlighet att smärtlindra på helt andra sätt. Går det inte att lösa för personalens räkning, ja då är det som det är, men i dagens samhälle måste det finnas lösningar. Leg barnmorska Anita Andersson"

Det saknas idag nationella riktlinjer för förlossningsvården i Sverige. Det har visat sig att majoriteten av förlossningsavdelningar inte har skrivna riktlinjer och att det inte finns någon samstämmighet i de riktlinjer som finns.

Nationella evidensbaserade riktlinjer för förlossningsvården skulle kunna vara till stöd för personalen och förhoppningsvis leda till en säkrare och bättre förlossningsvård. Särskilt angeläget är det att riktlinjer utarbetas som vägledning vid kritiska skeden/komplikationer i förlossningen för att förebygga bland annat sfinkterruptur. Det är också synnerligen angeläget att riktlinjer utarbetas som slår fast att alla kvinnor, oavsett var de bor, har rätt till fullgod smärtlindring innefattande lustgas.

Vill vi att kvinnor ska våga föda barn är det ytterst viktigt att vi satsar på förlossningsvården och inte accepterar ständiga nedskärningar, vilket gröper ur kvaliteten. Genom att förebygga våra förlossningsskador och ge alla kvinnor rätt till fullgod smärtlindring förebygger vi också onödiga kejsarsnitt. Att invagga kvinnor i säkerhet inom mödravården kommer inte att göra kvinnor mindre förlossningsrädda, om vi inte samtidigt satsar på att förbättra förlossningsvården!

Partikongressen föreslår besluta:

H13:1 att SAP verkar för att nationella evidensbaserade riktlinjer utarbetas för förlossningsvården, innefattande riktlinjer mot sfinkterruptur och för kvinnors rätt till fullgod smärtlindring inklusive lustgas

Hillevi Larsson

Malmö arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H14

HÖGANÄS ARBETAREKOMMUN

Prostatacancer

Den medicinska vetenskapen går framåt det gäller bara att vi alla gör vad vi kan för att få del av den. En vanlig form av cancer är den sätter i prostatan förutom att i sig själv kan vara dödande kan förändras till skelettcancer som om möjligt är än mer otrevlig. Det finns blodprov PSA som kan ge svar frågan om risk för prostata cancer finns. Alla män över 45 år bör ta det. Det är därför bra om alla män blev kallade efter fyllda 45 år och fick ta detta blodprov. Jag föreslår att kongressen antar motionen, sänder den till partistyrelsen för att försöka få beslut om.

Partikongressen föreslås besluta:

H14:1 att alla män över 45 år kallas till en frivillig PSA blodprov för kontrollera om risk finns för prostatacancer

Arne Lundh

Höganäs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H15

LIDINGÖ ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Sjukvård bör ges efter behov och finansieras solidariskt av samhället

För att åstadkomma en bra sjukvård bör man nog ha den mesta vården organiserad av landstingen. Då kan man lättare samordna med forskning, erfarenhetsspridning och med utbildning och fortbildning av personal. Och det underlättar en läkemedelsindustriell utveckling som annars är hotad.

Allt bör göras med god etik för patienternas bästa. Att förbjuda vinster i privata sjukhus löser inte problemen. Sådana pengar kan ju då bara döljas bakom kulisser av vackra ord såsom bonusar, tjänstebilsförmåner, fester, resor, arvoden, konsultuppdrag mm. Det är ju kvaliteten och omfattningen av vården som är viktig och bör hävdas.

Partikongressen föreslås besluta:

H15:1 att sjukvården ska ges efter behov och inte efter patientens ekonomiska möjligheter

Birger Eneroth

Lidingö arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H16

ÖSTERSUNDS ARBETAREKOMMUN

Specialistsjuksköterskeutbildning i "arbete"

Under ett par års tid har det statistiskt visats på arbetskraftsbrist inom ett antal yrkesområden. Ett sådant år är 2020, där vårdyrken som undersköterska och distriktsköterska visar på höga efterfrågetal. Samtidigt vet vi att det idag finns problem med rekrytering till utbildningar inom dessa yrken. Skulle dessa prognoser stå sig kommer det att bli mycket svårt att rekrytera för yrket utbildad personal, med bland annat kvalitetsproblem som följd.

För att möta eventuella problem med arbetskraftsbrist vad gäller specialistsjuksköterskor, men även för annan vårdpersonal, kan möjligheten att utbildas i yrkesverksamhet införas. Ett exempel på sådan utbildning är den "ST"- utbildning som finns för läkare, där läkaren anställs som underläkare och i den anställningen ges för specialiteten adekvat utbildning.

På samma sätt skulle specialistutbildning för sjuksköterskor kunna genomföras. Därmed kan arbetsgivaren anställa sjuksköterskor som efter utbildning i anställningen får exempelvis distrikts-, operations- eller annan specialistsjuksköterskekompetens utan alltför stora kostnader.

Partikongressen föreslås besluta:

H16:1 att systemet för specialistutbildning för sjuksköterskor förändras till att genomföras på samma sätt som specialistutbildning för läkare

Hans Lingblom

Östersunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H17

LUDVIKA ARBETAREKOMMUN

Stafettläkare

Undertecknad hemställer att det så kallade stafettläkarsystemet utreds för att på ett bättre sätt ta tillvara sjukvårdens resurser.

Partikongressen föreslås besluta:

H17:1 att partikongressen ger partistyrelsen i uppdrag att utreda det s.k. stafettläkarsystemet för att på ett bättre sätt ta tillvara sjukvårdens resurser

Sonya Lindell

Ludvika arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H18

MÖLNDALS ARBETAREKOMMUN

Utbildning av läkare i tillräcklig omfattning

Under debatten om vår gemensamma sjukvård och dess kösituation uppstår genast bristen av läkare som ganska stort. Man har många lösningar med många negativa lösningar såsom stafettläkare, hyrläkare och importerad arbetskraft som inslag i en många gånger prekär situation. Det vore bra om man nu och omgående åtgärdade sådana problem genom att utöka utbildningen av läkare inom Sverige.

I dag har antalet studenter begränsats genom att ett visst antal får studera på de medicinska fakulteten i vårt land. Dessutom kvoterar intagningar så det kan bli ett lotteri vem som skall antas till utbildningen vilket gör att många svenskar söker sig till universitet i utlandet för att få sin examen. Numera utgör detta inslag ett stort antal av våra svenska ungdomar som på detta sätt vill skaffa sig sin utbildning de drömt om. Den studiesociala situationen i utlandet lämnar mycket i övrigt att önska och kan därför drabba eleverna påtagligt.

Då mycket av vårdkrisen skulle elimineras genom utbildning av fler läkare är det mycket viktigt att frågan får en snar lösning. I de politiska riktlinjer som antogs på den senaste partikongressen konstateras att det behövs utbildas fler läkare där brist råder, varför initiativ till en ökad utbildning på de medicinska fakulteten skulle välkomnas. Kanske är det så att det behövs fler platser i landet som kan klara en sådan uppgift.

Partikongressen föreslås besluta:

H18:1 att frågan om utbildning av fler läkare blir föremål för utredning och genomlysning för skapande av fler utbildningsplatser och därmed ökad intagning

H18:2 att kongressen uppmanar partistyrelsen utforma ett politiskt handlingsprogram hur man skapar fler läkare i vården

Kaj Johansson

Mölnadalens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H19

HANINGE ARBETAREKOMMUN

Vaccinering mot TBE

Antal personer som insjuknat i TBE, fästingburen hjärninflammation (Tick borne encephalitis) har ökat markant år från år. Som det framgår av namnet, innebär sjukdomen hjärninflammation att den kan leda till bestående svåra skador och även död. Enl. senaste uppgifter från trovärdig källa så ger sjukdomen bestående men i ca 30%, svåra bestående men i ca 10% och leder till döden i ca 2% av fallen och antalet fall som inrapporterats har ökat varje år trots att många i riskområdena på egen bekostnad vaccinerat sig. Ökningen av sjukdomen kan bero på de senare årens mildare vintrar men också på en ökning av bestånden av rådjur/hjortdjur som bärare av smittan. Dessa värddjur är mycket rörliga och det har säkert medverkat till att TBE så snabbt har spridits över stora delar av mellan- och södra Sverige. Fästingar sprider även Borrelia, som framgångsrikt kan behandlas med antibiotika. Mot TBE finns ej något verksamt läkemedel! Det enda sättet att bekämpa sjukdomen är att förebygga den genom att vaccinera!

Vaccinering finns sedan flera år att få men betalas av den enskilda personen. För ett fullgott skydd krävs 2 doser med en månads mellanrum det 1:a året, därefter en 3:dje dos år 2 och sedan ytterligare 1 dos efter 5 år. Vaccineringen administreras av den offentliga hälso- och sjukvården samt av vaccinationscentraler och andra enskilda vårdgivare. I dag kostar varje dos 350-400 kr per person och dos. Priset per dos har ökat med minst 50:- per år. Man behöver inte vara något matematiskt geni för att inte genast inse att kostnaden för en vanlig barnfamilj blir mycket kännbar och risken är stor att många som bor eller vistas i riskområdena avstår från att låta vaccinera sig.

För den enskilda personen och dennes familj/närstående som drabbas, kan TBE medföra livslångt lidande, fysiskt och psykiskt och med mycket stora negativa ekonomiska konsekvenser! Kostnaderna för samhället för vård och omsorg p.g.a. bestående allvarliga skador eller en för tidig död är betydande!

Mot bakgrund av den fortsatta ökningen av TBE och sjukdomens allvarliga karaktär föreslår jag partikongressen besluta att uppmana de socialdemokratiska riksdagsledamöterna att verka i enighet med motionens intentioner.

Partikongressen föreslås besluta:

- H19:1 att i 1:a hand att vaccinering mot TBE skall ingå i det allmänna, för den enskilde kostnadsfria vaccinationsprogrammet alternativt
- H19:2 att i 2:a hand att vaccinering mot TBE skall inrymmas inom ramen för högkostnadsskyddet för vård och läkemedel

Krystyna Munthe

Haninge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H20

KARLSKRONA ARBETAREKOMMUN

Vården behöver specialistutbildade sjuksköterskor

Utvecklingen inom vårdområdet sker med allt större hastighet och blir allt mer specialiserad. Detta ställer krav på att personalen har en tillräcklig kompetens inom sitt verksamhetsområde. Detta gäller inte bara läkare utan ställer också krav att det finns specialistutbildad personal inom omvårdnadsområdet.

En legitimerad sjuksköterska har ett stort ansvar som kräver hög omvårdnads kompetens, förmåga att fatta självständiga beslut och har färdighet i att följa kunskapsutvecklingen. En sjuksköterska med enbart grundutbildning har inte tillräcklig kompetens att inom vårdens olika specialiteter att självständigt planera och åtgärda patientens komplexa omvårdnads-behov. Därför behöver merparten av sjuksköterskorna vara specialistutbildade inom sitt område och ha fördjupade kunskaper inom omvårdnad, evidens, kvalitetsutveckling och utvärdering.

Inom forskningen har man kommit fram till att brist på kompetens ger dålig kvalitet och bidrar på många sätt till brister i vården. Det kostar mindre att göra rätt från början. Detta, tycker man, skulle innebära att det i landsting och kommuner fanns många specialistutbildade sjuksköterskor för att kunna bedriva en god och effektiv vård, men så är inte fallet.

I och med 1993 års examensordning blev sjuksköterskeutbildningen en treårig generalist-utbildning, med allmän inriktning mot hälso- och sjukvård. Avsikten var att efter ca ett års arbete inom ett område skulle det följa en specialistutbildning inom området. Eftersom sjuksköterskorna förväntades bekosta studierna själva och löneökningen efter avslutade studier var närmast obefintlig, sjönk antalet specialistsjuksköterskor drastiskt. Andelen specialistsjuksköterskor minskade från 65% 1995 till 48% 2008. Inom den kommunala äldrevården med allt fler multisjuka, sköra personer med stora omvårdnadsbehov finns ca 12 000 sjuksköterskor, mindre än 200 har en specialistutbildning i äldrevård.

Vårdens arbetsgivare måste ta ansvar för kunskapsförsörjning och kunskapsutveckling inom samtliga av vårdens verksamhetsområden som blir allt mer kvalificerad och specialiserad. Hur ska vården annars kunna möta morgondagens behov.

Partikongressen föreslås besluta:

- H20:1 att verka för att vårdgivarna fastställer kompetensbehoven inom vårdens olika verksamheter
- H20:2 att verka för betald specialistutbildning för sjuksköterskor

Lena Tvede-Jensen

Karlskrona arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H21:1, H22:1, H23:1, H24:1, H24:2, H25:1, H25:2, H25:3, H26:1, H27:1, H28:1, H29:1, H30:1, I7:4

UH2 Utlåtande läkemedel

Den nuvarande borgerliga regeringen genomförde 2009 en avreglering av apoteksmarknaden. Socialdemokraterna röstade emot denna avreglering. Utgångspunkten för vårt ställningstagande var att Sverige redan hade ett väl fungerande system för apotekshantering. Det svenska apotekssystemet där statliga Apoteket AB hade ensamrätt på försäljning till konsumenterna och där läkemedelsbolagen konkurrerade om att få sälja läkemedel till Apoteket AB var ett mycket framgångsrikt system. Det bidrog till att Sverige hade ett av de säkraste och mest kostnadseffektiva distributionssystemen för läkemedel i världen samtidigt som apoteken låg i topp när det gäller kundnöjdhet inom detaljhandeln.

Avregleringen innebar att Apoteket AB:s ensamrätt på försäljning av läkemedel till konsument avskaffades. Den av staten fastställda handelsmarginalen för apoteken höjdes i samband med avregleringen för att stimulera privata apotekskedjor att etablera sig. Sedan avregleringen har över 600 av de 900 apoteken i Apoteket AB sålts. Konsumentverket redovisade sommaren 2011 att svenska konsumenter ger apoteken sämre betyg än de gjorde före avregleringen. Fler uppger nu att de får vänta på sina receptbelagda mediciner när apoteken inte har dem på lager och det är fler som tycker att personalen på apoteken inte kan ge råd om de receptbelagda medicinerna. Även Statskontoret har i en rapport 2012 bekräftat att konsumenterna inte lika ofta får sina läkemedel vid första besöket på apotek och att apotekens lagerhållning och tillhandahållande av receptbelagda läkemedel inom 24 timmar har försämrats efter omregleringen.

Partistyrelsen anser att effektivitet, säkerhet och god tillgänglighet i hela landet bör vara det som styr läkemedelsförsörjningen. Att återskapa monoopolet så som det såg ut före avregleringen kommer inte att vara möjligt men vi socialdemokrater har för avsikt att göra nödvändiga förändringar av reglerna för apoteksmarknaden om vi kommer i regeringsställning. Detta arbete kommer att ha skattebetalarnas och kundernas intresse i första rummet. Bland annat behöver reglerna för prissättning av läkemedel ses över och tillhandahållandeskyldigheten av läkemedel upprätthållas inom de 24 timmar som regelverket kräver. I detta sammanhang behöver också behovet och utformningen av en förutsägbar och kostnadseffektiv lösning för apotekstäckningen i glesbygd analyseras.

Läkemedel är idag den i särklass vanligaste behandlingsmetoden inom vården och kommer i framtiden att bli än viktigare. Tack vare framgångsrik forskning och utveckling blir det möjligt att bota och behandla allt fler sjukdomar och skador. Det är en fantastisk framgång som räddar liv och ger livskvalitet åt många människor. Samtidigt behöver läkemedelsanvändningen förbättras och effektiviseras på flera områden. Det gäller inte minst läkemedelsförskrivningen till äldre. Av alla äldre som läggs in akut på sjukhus har upp till en femtedel drabbats av biverkningar av läkemedel. Det behövs fler läkemedelsgenomgångar för patienter som står på många läkemedel samtidigt som personal i vård och omsorg bör få regelbunden utbildning och fortbildning i effektiv och säker läkemedelshantering.

Introduktion av nya läkemedel sker inte i den utsträckning och med den snabbhet som krävs för att låta forskningsframsteg och innovationer nå patienten och därmed förbättra vården. Här behövs en överläggning mellan alla parter för att hitta en samsyn kring hur samhället säkrar en snabb och säker prövning och introduktion av nya läkemedel.

Högekostnadsskyddet för receptbelagda läkemedel är viktigt och ska säkerställa att alla medborgare har råd att hämta ut sin receptbelagda medicin. Reglerna och hanteringen av högekostnadsskyddet och avbetalningsregler måste vara enkelt, enhetligt och tydligt för patienten, inte minst mot bakgrund av att det nu finns många olika apotekskedjor som hanterar systemet. Det bör vidare undersökas hur vanligt det är att familjer av ekonomiska skäl inte hämtar ut receptbelagda mediciner till sina barn och vilka åtgärder som kan vidtas.

Några motioner tar upp frågan om fria p-piller och minipiller för kvinnor upp till 25 år. P-piller och minipiller är två av många olika preventivmedel. Subventionerna för preventivmedel skiljer sig åt ganska mycket i olika delar av landet. I en del landsting är det gratis upp till en viss ålder och i en del landsting ingen subvention alls. En statlig utredning 2009 föreslog att preventivmedel skulle subventioneras för kvinnor upp till 25 års ålder för att minska antalet aborter. Enligt utredningen skulle kvinnor upp till 25 år aldrig behöva betala mer än 200 kronor per år. Det är i åldersgruppen 20-24 år som flest aborter görs och där subventionerade preventivmedel i alla landsting skulle göra mest nytta. Den statliga utredningen från 2009 föreslog ett samlat åtgärds paket där förutom subvention av preventivmedel upp till 25 år även ingick bättre rådgivning, fler ungdomsmottagningar och bättre sex- och samlevnadsundervisning i skolorna. Tre år har nu gått. Det enda som hänt är att skillnaderna ökar. Partistyrelsen anser att frågan om samlade åtgärder och ökad samordning på nytt behöver aktualiseras och att riksdagsgruppen tillsammans med SKL-gruppen hanterar frågan.

Partikongressen föreslår besluta:

att bifalla motionen H22:1

H22:1 (Ovanåkers arbetarekommun) att verka för att få en läkemedelshantering som är kostnadseffektiv, säker och tillgänglig i hela landet

Partikongressen föreslår besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H21:1, H23:1, H24:1, H24:2, H25:1, H25:2, H25:3, H26:1, H27:1, H28:1, H29:1, H30:1, I7:4

H21:1 (Hofors arbetarekommun) att Apoteket ska återgå i statlig ägo

H23:1 (Södermanlands partidistrikt) att Socialdemokraterna under mandatperioden låter barn få läkemedel utan kostnad

H24:1 (Varbergs arbetarekommun - enskild) att kvitto skall lämnas på varor man köper är ju ett måste

H24:2 (Varbergs arbetarekommun - enskild) att frikort skall ha sin giltighet till utgångsdatum är ett måste

- H25:1 (Haninge arbetarekommun) att uppdraga åt de socialdemokratiska riksdagsledamöterna/en soc. dem. regering att initiera att det så kallade bassortimentet av mediciner och medicinsk utrustning som fastställs måste uppfyllas för att få benämna sin verksamhet som fullvärdes Apotek (A-Apotek)
- H25:2 (Haninge arbetarekommun) att varje kommun skall ha minst ett (1) fullvärdesapotek
- H25:3 (Haninge arbetarekommun) att överväga om apotekens bassortiment skall breddas för bättre anpassning till upptagningsområdets demografiska och hälsomässiga situation
- H26:1 (Valdemarsviks arbetarekommun) att minipiller samt p-piller ska vara fullt subventionerade för kvinnor mellan 15 och 25 års ålder
- H27:1 (Söderköpings arbetarekommun) att minipiller samt p-piller ska vara fullt subventionerade för kvinnor mellan 15 och 25 års ålder
- H28:1 (Kristianstads arbetarekommun) att Socialdemokraterna arbetar för att staten ska återta ansvaret för apoteksverksamheten
- H29:1 (Lunds arbetarekommun) att all apoteksverksamhet skall bedrivas i ett statligt monopol
- H30:1 (Varbergs arbetarekommun) att det sker en översyn av prissättningen för receptbelagda läkemedel för att få ett rättvisare och begripligare system
- I7:4 (Norbergs arbetarekommun) att partiet långsiktigt verkar för ett förstatligande av apoteken

MOTION H21

HOFORS ARBETAREKOMMUN

Apoteket ska återgå i statlig ägo

Idag etableras apoteken där pengarna finns, inte där behoven finns. Samtidigt försämras utbudet på de befintliga apoteken och på hyllorna återfinns varor som knappast kan betraktas som apoteksvaror, varor som tar plats bara för att locka kunder.

De apotek som saknar mediciner kan heller inte säga vilka apotek i närheten, om det ens finns apotek nära, som har den saknade medicinen. Detta på grund av att det är olika ägare till apoteken.

Nyheterna vittnar om att glesbygdsapoteken inte är tillräckligt lönsamma. I dagens borgerliga samhälle ska pengar tjänas på den sjuka, och ju sjukare människorna blir, desto bättre mår dagens ägare av apoteken. Ägarna skrattar hela vägen till banken medan sjuka drabbas. Detta tycker vi är osmakligt.

Tillsammans kan vi motverka denna osmakliga utveckling och åter kunna garantera ett apotek vars syfte är att bidra till en god folkhälsa och mediciner till rätt priser. Vinsten vi är ute efter är en social vinst.

Den sociala vinsten med att människor garanteras ett apotek som är tillgängligt oavsett om du bor på glesbygden eller i staden. Samtidigt kommer pengarna som rör sig inom apoteket stanna hos oss och inte i någon enskilds ficka. För att garantera detta måste vi återta ägandet av apoteket.

Därför föreslår vi kongressen att:

Partikongressen föreslås besluta:

H21:1 att Apoteket ska återgå i statlig ägo

Daniel Johansson, Theres Brend, Anette Björk, Eva Lindberg, Linda-Marie Anttila, Mari Rasjö, Marianne Rudberg, Jonas Andersson, Tiina Kauppi, Viktor Rasjö och Marie-Louise Dangardt
Hofors arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H22

OVANÅKERS ARBETAREKOMMUN

Avreglering av apotek

Efter avregleringen av apoteken är det många som vittnar om att väntetiderna har blivit längre för att hämta ut sitt recept. Orsaken är bland annat att lagerhållningen har minskat. Som en följd av detta har kundnöjdheten minskat.

Partikongressen föreslås besluta:

H22:1 att verka för att få en läkemedelshantering som är kostnadseffektiv, säker och tillgänglig i hela landet

Marlene Johansson, Lena Woxberg och Ylva Ivarsson
Ovanåkers arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H23

SÖDERMANLANDS PARTIDISTRIKT

Bekämpa barnfattigdomen – kostnadsfria läkemedel för barn

Artikel 26 i Barnkonventionen reglerar barnets rätt till social trygghet: Konventionsstaterna skall erkänna rätten för varje barn att åtnjuta social trygghet, innefattande socialförsäkring och skall vidta nödvändiga åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt.

Enligt Rädda Barnens definition började under år 2008 barnfattigdomen att växa igen. Efter den ekonomiska krisen på 90-talet under perioden 1997-2007 minskade glädjande nog barnfattigdomen. Nu ser vi ett tydligt trendbrott. Mer än vart tionde barn, omkring 220 000, lever i fattigdom i Sverige. Andelen fattiga barnfamiljer har ökat från 8-9 procent för tio år sedan, till 15 procent i dag.

Att växa upp i fattigdom i Sverige handlar inte i första hand om mat på bordet, även om det också är verklighet för en del barnfamiljer. Men man bor sämre än andra, och i mer utsatta områden. Barnen har inte råd med bio, eller en cykel, och kan inte bjuda hem kompisar för det finns inte eftermiddagsfika hemma. Enligt Rädda barnens analys får barn i fattiga familjer sämre utbildning, sämre hälsa, och sämre möjlighet till fritidsaktiviteter, till exempel i form av lek och en meningsfull fritid, och de lever under

betydligt mer otrygga förhållanden än andra barn. Framförallt har barnfattigdomen ökat bland barn till ensamstående föräldrar, där den är mer än tre gånger så hög som bland barn till sammanboende föräldrar.

Gemensamt för många barn som växer upp i fattiga familjer är att deras föräldrar ofta saknar jobb alternativt är ensamstående med deltidsjobb. Den absolut viktigaste åtgärden för att bekämpa barnfattigdom är därför en jobbskapande politik och en effektiv arbetsmarknadspolitik. Även en rättvis välfärdspolitik är helt nödvändig för att utjämna ekonomiska skillnader i samhället. Det handlar om att utveckla vår generella välfärdsmodell, satsa på skola och förskola samt fritids. Det handlar om en modern familjepolitik.

En bra hälsa och rätten till vård för barn får aldrig avgöras av vilka ens föräldrar är och deras ekonomi. Så är det idag och det cementerar orättvisan i samhället generationer framåt. Idag har partiet tagit ställning för att sjukvård för barn ska vara kostnadsfri för familjen. Det är mycket bra.

Nu är det dags för partiet att ta ett steg vidare i frågan om barns rätt till vård och behandling. Idag tillkommer för barnfamiljen en kostnad som har samband med vården, nämligen kostnad för läkemedel. Och det kan bli en dyr historia.

Partikongressen föreslås besluta:

H23:1 att Socialdemokraterna under mandatperioden låter barn få läkemedel utan kostnad

Södermanlands partidistrikt

MOTION H24

VARBERGS ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Läkemedel, frikort och kvitto

Undertecknad har varit på Medstop Kronan i Varberg för inköp av mina läkemedel som, är ett flertal eftersom jag är hjärtpatient.

Calcichew-D3, tuggtablett 500 mg/400IE Nycomed AB 1x180 tabletter. Jag fick veta att detta läkemedel var utbytt med Spearmint tuggtablett.

Ville jag ha den tablett som stod på receptet skall jag betala 270 kronor trots att jag hade frikort. Jag är känslig för smaker och dofter och det är orsaken till att jag ej vill byta läkemedel med ett billigare preparat.

Jag fick betala 104 kronor för de läkemedel jag ej ville byta. Jag påpekade att det ej står på kvittot vilka läkemedel jag betalar extra för. Det går inte numer, fick jag som svar samtidigt som hon kastade nedräkningsremsan i papperskorgen.

Att byta smaker på läkemedel så att det receptbelagda skall betala den nya smaken anser jag är lurendrejeri.

Partikongressen föreslås besluta:

H24:1 att kvitto skall lämnas på varor man köper är ju ett måste

H24:2 att frikort skall ha sin giltighet till utgångsdatum är ett måste

Ingrid Wandel

Varbergs arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H25

HANINGE ARBETAREKOMMUN

Reformera apoteksreformen så att ett apotek är ett riktigt apotek

För något år sedan genomförde den borgerliga regeringen, med (M) som ledande politisk kraft, en s.k. apoteksreform. D.v.s. man avskaffade det statliga apoteksmonopolet och sålde ut apoteken på löpande band så länge det fanns köpare. Kvar blev ett mindre antal, ofta mindre apotek i det gamla statliga Apoteksbolagets regi.

I förorts- och köpcentra i storstadsregionerna vimlar det av s.k. apotek, dels det uppköpta f.d. statliga och en mängd nyetablerade, medan landsorten och de glesare bebyggda delarna av landet blivit helt utan apotek och får nöja sig med ”ICAs eller Konsums plåster och Alvedon skåp”. Apoteksombuden har oftast avtal med närmaste apotek oavsett dess sortiment och kvalité.

Men det är inget nytt att många har haft ett antal mil för att nå apotek och vård. Skillnaden idag är att de nya privata Apoteken och de få mindre statliga, har ett utarmat sortiment och mycket dålig lagerhållning av även mycket vanliga mediciner, d.v.s. sådana som används av många! Men sortimentet av kosmetika bara växer!

Sverige har en stor andel äldre i sin befolkning. När man blir äldre är det inte ovanligt att man får ökade bekymmer med hälsan och man är inte lika rörlig längre. Att ta sig till apoteket för att hämta ut sin medicin kan vara en stor och ibland även ekonomiskt dyr ansträngning och att då mötas av beskedet ”vi har inte din medicin på lager, försök i ett annat apotek....eller kan du komma tillbaka om 3-5 dagar då kanske vi hunnit få hem den....” Det kan vara halmstrået som knäcker den människan och dyra samhällsinsatser kan bli följderna. Eftersom apoteken nu konkurrerar med varandra har de inte möjlighet att se var den efterfrågade medicinen finns att få!

Den s.k. apoteksreformen har skapat ytterligare ojämlikheter mellan de som är beroende av mediciner för att leva och fungera och unga och friska människor, mellan de som bor i glesbygd och de som bor i urban miljö.

Partikongressen föreslås besluta:

H25:1 att uppdra åt de socialdemokratiska riksdagsledamöterna/en soc.dem. regering att initiera att det så kallade bassortimentet av mediciner och medicinsk utrustning som fastställs måste uppfyllas för att få benämna sin verksamhet som fullvärdes Apotek (A-Apotek)

H25:2 att varje kommun skall ha minst ett (1) fullvärdesapotek

H25:3 att överväga om apotekens bassortiment skall breddas för bättre anpassning till upptagningsområdets demografiska och hälsomässiga situation

Krystyna Munthe

Haninge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H26

VALDEMARSVIKS ARBETAREKOMMUN

Subventionerade p-piller och minipiller

P-piller är ett populärt preventivmedel som användes av många kvinnor i Sverige. Pillrena är främst till för att skydda mot graviditet men används även för att få en oregelbunden mens till att bli regelbunden, mindre blödningar, inga ägglossningssmärter och menssmärtorna minskar. Minipiller skiljer sig från p-piller genom att minipillrena inte innehåller ämnet östrogen. Men de är fortfarande ett bra skydd mot graviditet. Kvinnor med risk för blodpropp, migrän och andra åkommor kan inte ta vanliga p-piller av hälsorisker. Idag skiljer sig priserna avsevärt mellan Sveriges olika län. De varierar från ingen subvention alls till att preventivmedlen är helt gratis. Åldern vid subventionerade piller varierar dessutom från 19 till 24 års ålder. Minipiller omfattas inte alltid av subventionerna i de olika länen och är ofta aningen dyrare än vanliga p-piller. I län där preventivmedelspriserna inte är subventionerade eller dåligt subventionerade kan skydd väljas bort pga. dålig ekonomi. Kvinnor som är sexuellt aktiva tidigt i livet kan skämmas och inte vilja fråga en närstående om pengar och därmed välja att inte skydda sig själva och riskera en oönskad graviditet.

Partikongressen föreslår besluta:

H26:1 att minipiller samt p-piller ska vara fullt subventionerade för kvinnor mellan 15 och 25 års ålder

Helen Johansson Kokkonen

Valdemarsviks arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H27

SÖDERKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

Subventionerade p-piller och minipiller

P-piller är ett populärt preventivmedel som användes av många kvinnor i Sverige. Pillrena är främst till för att skydda mot graviditet men används även för att få en oregelbunden mens till att bli regelbunden,

mindre blödningar, inga ägglossningssmärtor och menssmärtorna minskar. Minipiller skiljer sig från p-piller genom att minipillrena inte innehåller ämnet östrogen. Men de är fortfarande ett bra skydd mot graviditet. Kvinnor med risk för blodpropp, migrän och andra åkommor kan inte ta vanliga p-piller av hälsorisker. Idag skiljer sig priserna avsevärt mellan Sveriges olika län. De varierar från ingen subvention alls till att preventivmedlen är helt gratis. Åldern vid subventionerade piller varierar dessutom från 19 till 24 års ålder. Minipiller omfattas inte alltid av subventionerna i de olika länen och är ofta aningen dyrare än vanliga p-piller. I län där preventivmedelspriserna inte är subventionerade eller dåligt subventionerade kan skydd väljas bort pga. dålig ekonomi. Kvinnor som är sexuellt aktiva tidigt i livet kan skämmas och inte vilja fråga en närstående om pengar och därmed välja att inte skydda sig själva och riskera en oönskad graviditet.

Partikongressen föreslår besluta:

H27:1 att minipiller samt p-piller ska vara fullt subventionerade för kvinnor mellan 15 och 25 års ålder

Felicia Fallman

Söderköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H28

KRISTIANSTADS ARBETAREKOMMUN

Ta tillbaka ansvaret för apoteksverksamheten

Borgarna har under parollen ”valfrihet” valt att genom utförsäljningen slå i sönder en väl fungerande apoteksverksamhet. Men istället för valfrihet kan allt fler medborgare konstatera att det blivit svårare att få tag på medicin. Apoteksbolagen har dålig lagerhållning vilket inneburit långa väntetider för dem som är i behov av receptbelagd medicin. Dessutom kan de olika apoteksbolagen inte redovisa om den efterfrågade medicinen finns på ett annat konkurrerande apotek. Detta innebär i praktiken att de kunder som har möjlighet åker runt många mil mellan olika orter för att få sin medicin. De som inte har denna möjlighet har istället fått vänta, ibland i flera månader för att få ut sin medicin. Regeringens egen utredning kan visa hur allergiker, reumatiker med flera har fått en sämre service.

Den ”reform” som skulle öka tillgängligheten och servicen har istället gjort det dyrare och svårare att få tag i mediciner. I synnerhet ifall man inte bor i en storstad. Och sådan är kapitalismen när vinsten blir syftet för verksamheten. Svårt sjuka kan inte längre hämta ut sin medicin då ”det nya apoteket” gjort en kreditupplysning och hittat en betalningsanmärkning. Istället fylls apotekshyllorna med skönhetskrämer, glass och choklad som ger bättre klirr i kassan för de utländska ägarna.

I vanliga affärer saluförs läkemedel likt godis vid kassorna. Värktabletter krängs med mördande reklam och ibland reas de ut samtidigt som flera larmrapporter visar hur skadligt det är att äta för mycket dessa

”ofarliga” läkemedel. Denna avreglering har redan krävt åtskilliga dödsfall och många skador. Läkemedel är aldrig ofarliga.

Partikongressen föreslås besluta:

H28:1 att Socialdemokraterna arbetar för att staten ska återta ansvaret för apoteksverksamheten

Oppmanna-Vångas förening

Kristianstads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H29

LUNDS ARBETAREKOMMUN

Återmonopolisera apoteket

När regeringen avskaffade apoteksmonopolet var många hoppfulla, hoppfulla om att tillgängligheten och distributionen av läkemedel skulle öka och förbättras. Fler apotek skulle innebära att fler fick snabbare tillgång till sina mediciner. Istället blev det tvärt om, idag börjar apoteken snarare likna kosmetika och skönhetsbutiker och hoppet om en bättre tillgång till läkemedel börjar blekna bort.

Vinstintresset styr utbudet på apoteken och gör att kosmetika och skönhetsprodukter premieras framför receptbelagd medicin. Några av konsekvenserna blir att det inte är någon självklarhet att just den medicinen du behöver finns på apoteket och du kan inte heller begära att få veta på vilket närmsta apotek du kan få din medicin.

Alltså, istället för att underlätta vardagen för de som är i behov av läkemedel och vara en del i det starka välfärdssystemet blir dagens apotek en del av regeringens systematiska nedmontering av välfärden. Vi måste ta tillbaka monolet och göra det till den del av hälso- och sjukvårdssystemet som måste finnas i det jämlika samhället.

Partikongressen föreslås besluta:

H29:1 att all apoteksverksamhet skall bedrivas i ett statligt monopol

Elin Gustafsson, Jesper Lissmark, Riad Aliefendic, Oskar Gramstad och Charlotte Sjölin

Lunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H30

VARBERGS ARBETAREKOMMUN

Översyn av prissättning av receptbelagda läkemedel

Allmänheten upplever stora problem efter avregleringen av apoteksmarknaden. En fråga som uppmärksammats mycket i media, är apotekens bristfälliga lagerhållning av receptbelagda läkemedel.

Ett annat problem är prissättningsreglerna. De skapar problem och ställningstagande flera gånger om dagen för de apoteksanställda. Kunderna kan få olika kostnad för i princip samma läkemedel.

Några exempel: Simvastatin ett vanligt läkemedel för sänkande av blodfetter. Om doktorn väljer att föreskriva ett märke utan rabatt, då får kunden stå för hela kostnaden själv även om hon har frikort. Kåvepenin är vårt vanligaste antibiotika. Om läkaren skriver ut 14 tabletter betalar patienten hela summan själv, men om receptet föreskriver 20 tabletter blir det helt kostnadsfritt vid frikort.

Föreskriver doktorn: Glucophage istället för Metformin (sockersjuka), Efoxor istället för Venlafaxin (depression), Cooszar istället för Losartan (högt blodtryck), Imigran istället för Sumatriptan (migrän). Alla vanliga läkemedel, men de som står först är utan rabatt och apotekspersonalen får inte byta ut mot andra, vilket medför att kunden får betala fullt pris. Dessutom finns dyrare och mer sällsynta läkemedel som inte ingår i högkostnadsskyddet och som behövs av svårt sjuka personer.

Det blir ett lotteri för kunden hur mycket han får betala för sin medicin.

Partikongressen föreslår besluta:

H30:1 att det sker en översyn av prissättningen för receptbelagda läkemedel för att få ett rättvisare och begripligare system

Britta Stribén

Varbergs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H31:2, H32:1, H33:1, H33:2, H34:1, H35:1, H35:2, H35:3, H35:4, H36:1, H37:1, H38:1

UH3 Utlåtande psykiatri

Att bli psykiskt sjuk eller drabbas av psykisk ohälsa påverkar inte bara en själv utan också familj och vänner. Att få en psykisk sjukdom eller att under en period må psykiskt dåligt är så vanligt att vi alla känner någon som är eller har varit drabbad. Fördomarna i samhället minskar, men är fortfarande stora. Den konstlade uppdelningen i vi och dem måste upphöra och ersättas av insikten att alla kan insjukna i psykisk sjukdom eller någon gång i livet drabbas av psykisk ohälsa.

Det finns brister när det gäller psykiskt sjukas och funktionsnedsattas möjlighet till vård, omsorg, boende, rehabilitering och sysselsättning. Detta är inget nytt problem. Vi står inför stora utmaningar för att

systematiskt höja ambitionsnivån så att vården och stödet vid psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder kan jämföras med kroppslig vård och funktionsnedsättningar. Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en stor psykiatriutredning 2003 som fick uppdraget att se över hela psykiatriområdets organisation och resursbehov. Utredningen presenterade sina förslag strax efter valet 2006. Den borgerliga regeringen har därefter arbetat med tidsbegränsade mål och satsningar. Den psykiatriska vårdens problem är omfattande och komplexa och kan enligt vår mening inte lösas genom tidsbegränsade satsningar och mål.

Psykiatrin behöver långsiktighet och en fungerande grundstruktur, inte fler projekt. Det behövs gemensamma mål för flera olika samhällssektorer och en nationell plattform som slår fast vad som är psykiatrins uppdrag och hur den ska utvecklas. Vi socialdemokrater har i riksdagen föreslagit att det upprättas en långsiktig nationell handlingsplan för en ambitionshöjning inom vård och stöd för människor med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder. Denna plan bör ha ett tioårigt perspektiv och innehålla mål på kort och lång sikt som kan följas upp och utvärderas. I detta sammanhang bör flera av de frågor som föreslås i olika motioner prövas. Det gäller till exempel frågan om att inrätta en nationell psykosocial akademi, behovet av särskilda vårdavdelningar för bipolär sjukdom, satsningar på MHFA-instruktörer (Mental Health First Aid) samt en eventuell översyn av den psykiatriska tvångsvården och reglerna för denna verksamhet.

Socialdemokraternas långsiktiga inriktning för psykiatrin innehåller bland annat följande delar: stärkt skolhälsovård, åtgärdsplan för barn och ungdomar i kris, stöd till hela familjen, bättre individuellt stöd för att delta i arbetslivet, snabbare och enklare stöd till psykiskt sjuka, bättre tillvaratagande av brukarnas erfarenheter, sviktplatser, mer resurser till forskning och kompetensutveckling och fler jobb till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Partistyrelsen avser att arbeta vidare med att utveckla partiets politik på området, men exakt i vilka former det arbetet kommer att utföras får avgöras längre fram.

Fler unga än tidigare uppger dålig psykosomatisk hälsa. Det betyder inte att de flesta unga mår dåligt. De allra flesta unga är trygga och känner tillförsikt. De lever med fungerande relationer och nätverk, trivs i skolan och inspireras av kompisar, kultur, idrott, musik eller något annat. Samtidigt måste vi vara medvetna om att uppväxtåren är en känslig tid då mycket kan hända. Kraven kan upplevas som hårda och svåra att leva upp till och uppväxtförhållandena kan variera starkt. Särskilt drabbade är unga flickor. De allra flesta klarar av sina problem med hjälp av den nära omgivningen. Andra behöver olika typer av stöd, vård eller andra insatser för att få hjälp med sina problem. Det behövs ett brett utbud av stöd med en fungerande skolhälsovård, nationella hjälplinjen (telefon och webb), tillgång till ungdomsmottagningar med mera för att snabbt kunna fånga upp problem och ge de unga rätt stöd i tid.

När det gäller barn och ungdomar med mer allvarliga psykiatriska och sociala problem så brukar de inte vara svåra att upptäcka. Det krävs tidiga insatser i skolan och skolhälsovården för att effektivt kunna stödja dessa barn. Genom tidiga insatser i skolan och skolhälsovården kan barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) ges möjlighet att koncentrera sig på barn med mer omfattande behov. Socialdemokraterna i riksdagen har föreslagit att det ska tas fram en åtgärdsplan för ungdomar som drabbas av psykiska

och/eller omfattande sociala problem. Ansvarsfördelningen ska vara tydlig så att det inte råder några oklarheter om till vem man ska vända sig och vem som ansvarar för vad. Om ett barn mår dåligt eller har stora problem ska man veta vem man ska ringa för att få snabb hjälp, en slags Barnens Räddningstjänst. Vi socialdemokrater har föreslagit att det ska finnas Samverkansmodeller i varje kommun för barn och ungdomar med problem (samverkan skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagning). Lösningarna kan anpassas efter lokala förhållanden och se olika ut i olika kommuner men det bör finnas dels en väg in i systemet och dels tydlighet när det gäller vad varje aktör i systemet ansvarar för och hur samverkan, samordning och uppföljning ska gå till.

Under 1980- och 1990-talen förändrades psykiatrin i hela Norden. Tillvägagångssättet var olika men målet detsamma: att minska slutenvården och tvångsvården och decentralisera vården och omhändertagandet bort från de stora mentalsjukhusen till öppnare vårdformer där kommunerna och landstingen fick ett större ansvar. Detta har i grunden varit en positiv utveckling men kräver att alla led i vårdkedjan fungerar för att varje patient och brukare ska få rätt insatser i rätt tid. Varje del i vårdkedjan påverkar den övriga vården.

När det gäller avvägningen mellan tvångsvård och frivillig vård visar nationella projekt att motiverande samtal för frivillig slutenvård ger mindre tvång i den slutna psykvården. Det gör att fler patienter känner sig nöjda med behandlingen och inte tvekar att komma tillbaka dit eller till öppenvården när det behövs. En annan kritisk punkt i psykiatrin är var i vårdsystemet patienter ska få hjälp och stöd. Specialistpsykiatrin kommer aldrig att kunna hantera alla behov av psykiatriskt stöd som finns. Många som lider av psykisk ohälsa skulle kunna få hjälp om primärvården hade kompetens och resurser att behandla mindre svåra depressioner, ångesttillstånd, ätstörningar och liknande. Vi socialdemokrater vill systematiskt bygga upp kompetensen om psykisk ohälsa i primärvården. I Norge och Danmark har man lyckats bra med att utveckla mellanvårdsformer och deras erfarenheter bör tas till vara i det svenska utvecklingsarbetet.

Den jämförelse som gjorts av psykiatrin i de nordiska länderna visar bland annat att systemet med kommunala boendestödjare och personliga ombud har fungerat väl. Det finns dock en brist på personliga ombud och det är angeläget att rekryteringen ökas och underlättas. Detsamma gäller stödpersoner och en utbyggnad av sådan verksamhet måste därför ske stegvis.

Partikongressen föreslår besluta:

att bifalla motionerna H33:2, H37:1

H33:2 (Simrishamns arbetarekommun) att partiet verkar för att utveckla den psykiatriska kompetensen hos kommuner och landsting för att tydliggöra dessas ansvar i sin myndighetsutövning

H37:1 (Kalmar läns partidistrikt) att staten tillsammans med huvudmännen för den psykiatriska barn- och ungdomsvården kartlägger bristerna i dagens samverkan och utifrån detta föreslå förändringar i gällande regelverk

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H31:2, H32:1, H33:1, H34:1, H35:1, H35:2, H35:3, H35:4, H36:1, H38:1

H31:2 (Göteborgs partidistrikt) att Socialdemokratiska arbetarepartiet verkar för att inrätta speciella vårdavdelningar för patienter med Bipolär sjukdom på de sjukhus där vården bedrivs

H32:1 (Karlskrona arbetarekommun) att vi tittar på möjligheterna att upprätta en nationell psykosocial akademi

H33:1 (Simrishamns arbetarekommun) att partiet verkar för att en översyn och utvärdering görs av vården av de psykiskt sjuka

H34:1 (Piteå arbetarekommun) att uppdra åt partistyrelsen att utse en arbetsgrupp som får i uppgift att utarbeta ett brett, långsiktigt nationellt program för att förebygga psykisk ohälsa och suicid hos barn och ungdom

H35:1 (Kalmar läns partidistrikt) att en översyn av lagen om psykiatrisk tvångsvård görs

H35:2 (Kalmar läns partidistrikt) att en person som söker stöd från öppenvård eller slutenvård inom psykiatri ges en stödperson som kan hjälpa till att företräda den sjuke, frågan skall vara obligatorisk att ställa till alla som söker psykiatri

H35:3 (Kalmar läns partidistrikt) att familjer med barn/ungdom alltid har rätt att direkt efter kontakt med BUP få en person som kan hjälpa dem i den process som ligger framför dem. Man ska ha rätt att byta person om man inte känner förtroende för den som man valde från början

H35:4 (Kalmar läns partidistrikt) att ingen i Sverige ska frihetsberövas eller utsättas för medicins tvångsvård utan att först två oberoende läkare personligen undersökt och träffat personen

H36:1 (Trelleborg arbetarekommun) att vårt parti kraftfullt tar avstånd från denna nermontering av all psykvård, och verkar för att tillräckligt stora resurser avdelas för utbildning och tillsättning av vårdpersonal för genomförande av moderna behandlingar

H38:1 (Nordvärmlands arbetarekommun) att Värmland omedelbart inkluderas i regeringens provsatsning att utbilda MHFA-instruktörer

MOTION H31

GÖTEBORGS PARTIDISTRIKT

Bipolär sjukdom

Bipolära sjukdomstillstånd är svårbehandlade diagnoser som kräver specifika vårdresurser och kunskap för att behandlingen ska bli lyckosam. Sjukdomen är mycket svår att leva med för de som drabbas och deras anhöriga. Min uppfattning är att samhället ska avsätta mer resurser både till vård och forskning om sjukdomen. Detta för att de som drabbas ska få bättre vård och effektivare behandling.

Partikongressen föreslås besluta:

H31:1 att Socialdemokratiska arbetarepartiet på alla beslutsnivåer verkar för att avsätta mer resurser till forskning om bipolär sjukdom

H31:2 att Socialdemokratiska arbetarepartiet verkar för att inrätta speciella vårdavdelningar för patienter med Bipolär sjukdom på de sjukhus där vården bedrivs

Carina Eloff

Göteborgs partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H32

KARLSKRONA ARBETAREKOMMUN

En nationell psykosocial akademi i samtid för en framtid

Det är dags att förnya det psykosociala arbetet i Sverige! De bäst lämpade för detta förändringsarbete borde vara de som arbeta med dessa frågor varje dag. De tillsammans med expertisen på området bör av oss få förtroendet att föra det psykosociala utvecklingens arbete in i framtiden. Det har som exempel funnits en social akademi i Stockholm och den visade gott resultat i sitt arbete. Exempel på deras arbete var att finna och öka förståelsen för hur man skulle kunna hjälpa utsatta barn på rätt sätt. Men även hemlöshetens frågor stod högt på deras agenda. Denna lokala akademi lades i vila av för mig okänd anledning men jag kan inte låta bli att utveckla den lokala iden till något mer omfattande och nationellt. Jag ser idag ett behov av en nationell psykosocial akademi i Sverige. Idag ser man tydligt hur Barn/ungdomsvården behandlas olika från kommun till kommun.

Samhället utvecklas i en allt snabbare takt och många faller igenom och upptäcks för sent och inte alltid är det rätt åtgärder som sätts in. Hur påverka alla de nya bokstavskombinationerna samhället? Skall man acceptera dem eller bekämpa dem? Kan man få öppenhet, trygghet och säkerhet att gå hand i hand inom barn/ungdomsvården eller inom vuxenvården? Är det dags att se över tystnadsplikten och höja individskyddet inom den Psykosociala vården?

Akademiens främsta uppgift ska vara att samla in och utvärdera information inom det praktiska psykosociala arbetet. En samlad expertis med företrädare inom det psykosociala gebitet ska ha som främsta uppgift att utveckla samt säkerställa information ifrån de olika verksamheterna ute i landet. Akademiens uppgift bör vara att utvärdera idéer och teorier och föra det psykosociala praktiska arbetets utveckling framåt. Akademin skall bestå av en bredd sammansatt grupp av sociologer, barn/vuxen psykiater, kriminologer, barnläkare, pedagoger samt annan ej nämnd fackman/kvinna.

Formen på verksamheten och antal träffar per år för den överlåter jag åt en framtida akademi att själva bestämma. Till den svenska psykosociala akademien skall de som jobbar inom respektive skrå kunna skicka in idéer och förslag om förbättringar inom sitt område. Jag vill att det socialdemokratiska partiet tar ställning till att försöka förverkliga idén om en nationell psykosocial akademi i statlig finansierad regi. En akademi för en psykosocial framtid i samtid!

Det är dags att förnya det psykosociala arbetet i Sverige. De bäst lämpade för detta förändringsarbete borde vara de som arbeta med dessa frågor varje dag.

Partikongressen föreslår besluta:

H32:1 att vi tittar på möjligheterna att upprätta en nationell psykosocial akademi

Paul Melén

Karlskrona arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H33

SIMRISHAMNS ARBETAREKOMMUN

Förbättra den psykiatriska vården i Sverige

Bakgrund, historik

På 1970- 80-talen låg Sverige i framkant vad gäller psykiatrisk vård. Nya behandlingsformer, som olika former av psykoterapi, exempelvis familjeterapi, gruppterapi, bildterapi, musikterapi tillkom. Tanken att hela familjen, inte bara den identifierade patienten, skulle behandlas tillsammans, vann anklang. Anhöriga mobiliserades i den psykiatriska vården. Den biologiska, reduktionistiska synen på patienten fick stå tillbaka för ett psykosocial helhetssyn.

Utvecklingen inom psykiatrin har sedan slutet av 1980-talet gått bakåt. I och med den så kallade psykiatrireformen, "Psykädel" 1995, började långvarigt allvarligt psykiskt sjuka människor skrivas ut från institutionerna. Mentalsjukhusen stängdes. Tanken var att kommunerna skulle ta över boende och sysselsättning för dessa långvarigt sjuka, men sådana vårdformer tog tid att utveckla och förekommer inte utbyggt överallt än i dag.

Dagsläget

Följden av denna negativa utveckling har blivit att de mest allvarligt psykiskt sjuka har blivit isolerade från samhället och i många fall lever ett oerhört torftigt liv. Detta visar sig bland annat i att dessa människors fysiska hälsa ofta eftersätts. Schizofrena individer lever ca tio år kortare liv än medelsvensken (se bland annat Urban Ösbys avhandling, "Mortality in schizophrenia and affective disorder", Karolinska institutet, 2000).

Decimering av antalet vårdplatser

1970 fanns det 34 000 slutenvårdsplatser inom vuxenpsykiatrin. I dag finns det 4 500. 1996 fanns inom Barn och ungdomspsykiatrin 382 vårdplatser i den psykiatriska slutenvården. I dag finns det kvar 157 platser. Hela fem landsting saknar helt slutenvårdsplatser för barn och ungdom inom den psykiatriska vården.

Utbyggd öppenvård skulle ersätta den tidigare slutenvården

Det hävdas ibland, att den slutna psykiatriska vården ersatts av bättre och mer utbyggd öppenvård. Detta är inte sant. Sedan 1990-talet har den psykiatriska vården fått minskade resurser, färre tjänster, färre behandlingsmetoder (för närvarande mest farmakologisk behandling och kognitiv beteendeterapi, som är en snabbare och därmed billigare terapimetod, men som inte passar vare sig alla diagnoser eller alla patienter.) Vidare alltså färre vårdplatser, minskad tillgänglighet, minskad fortbildning av personalen, och, därmed mindre kompetens.

Den minskade kompetensen innebär att patienterna inte blir botade eller rehabiliterade till ett meningsfullt liv utan skrivs ut halvsjuka, förblir halvsjuka tills de blir helsjuka, då de läggs in igen.

Som exempel kan nämnas en psykiatrisk verksamhet, Malmö i Region Skåne. Där har åren 2003 - 2010 på en öppenvårdsmottagning arbetsterapeuterna omplacerats/avskedats, sjukgymnasterna minskats från fyra till en, och i slutenvården har man inte längre kurator eller psykolog knutna till en avdelning. Dessutom har den skapande arbetsterapin, där patienter kunde uttrycka sig kreativt och komma ifrån monotonin på avdelningen, slopats, liksom möjligheterna till gymnastik i gymnastiksal. Hela slutenvården liknar därmed mycket en förvaring.

Eftersom vårdplatserna på den psykiatriska kliniken är så få, riskerar sjuka patienter att avvisas eller skrivas ut för tidigt från avdelningen.

Situationen i Malmöpsykiatrin är inte unik utan snarare typisk för de flesta psykiatriska kliniker i landet.

Den psykiatriska vården i Sverige har alltså helt enkelt blivit sämre. Självmoden ökar bland unga. Självmod är den yttersta konsekvensen av psykisk sjukdom. Antalet självmord i Sverige har de senaste fem åren parkerat sig kring ca 1500 individer per år. Som jämförelse kan nämnas, att samtidigt antalet döda i trafiken minskats från höga siffror ned till ca 270 per år (2010).

Totala antalet självmord har visserligen minskat över de sista 30 åren, men, och detta är allvarligt, det gäller bara för individer över 25 år. 1980 var antalet självmord för ungdomar 15 – 19 år, 35 st. År 2008, 30 år senare, har antalet stigit till 66.

Antalet ungdomar är förstås, med ökad folkmängd, fler nu än 1980, så om man uttrycker siffrorna i relativa tal, med måttet "självmodstal" (=antalet självmord per 100 000 invånare och år) i åldersgruppen, kan man mer rättvist jämföra dem: 1980 var detta självmordstal för ungdomar 15 - 19 år: 6.0. 2008 var det 10.3. – alltså en klar ökning av självmorden i denna unga åldersgrupp. (Statistiska uppgifter från NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

Kommunerna skär ned faciliteter för de psykiskt sjuka

I år skall Region Skåne, liksom många landsting, spara på sjukvården- här 125 miljoner. Också kommunerna drar ned sina insatser för de psykiskt sjuka. Aktuellt nu i september 2012 är, att kommunens träffpunkt ("Hörnan" i Malmöstadsdelen Kirseberg) för psykiskt funktionshindrade är hotat av nedläggning.

Redan tidigare har sådana träffpunkter blivit allt färre i Malmö, och detta är alltså kommunens ansvar för de långvarigt psykiskt funktionshindrade, som skulle ta över efter det att den psykiatriska slutenvården skars ned och mentalsjukhusen stängdes. Så blir de psykiskt sjukas tillvaro än torftigare och mer isolerad, medan man sparar på de svagaste i samhället.

Budgetutrymme i statens finanser minskat för det offentliga

1990 användes 3.5 procent av BNP för det offentliga, som sjukvård, skolor och infrastruktur och 0.5 procent för privat konsumtion. 2010 är siffrorna de omvända - 3.5 procent för privat konsumtion, 0.5 procent för det offentliga (Alliansregeringens budgetproposition oktober 2010).

Att tänka på när man ska förbättra värden av de psykiskt sjuka och dessas integration i samhället:

Nr 1 I första hand bör man vända sig till fackförbunden för de anställda i vården (Kommunal, Vårdförbundet, Statsanställdas förbund, Läkarförbundet, mfl) för att höra vårdgivarnas egen uppfattning om behoven inom psykiatri. Dessa har förstahandskunskapen "från golvet".

Nr 2 Eventuella ökade anslag till psykiskt sjuka bör INTE, som tidigare, ges i form av projekt utan i stället att den befintliga vården förstärks med ökat antal tjänster, kompetensutveckling, vidareutbildning etc

Nr 3 Kommunernas insatser för de långvarigt psykiskt sjuka bör inventeras och utvärderas

Nr 4 Tydliga mål måste formuleras för kommunernas vårdinsatser för långvarigt psykiskt sjuka

Nr 5 Man måste främja forskningsinsatser och utvärderingar för att förbättra vård och levnadsvillkor för långvarigt psykiskt sjuka

Nr 6 Kommunerna bör öka sina insatser när det gäller daglig sysselsättning för långvarigt psykiskt sjuka (på samma sätt som skett för de intellektuellt funktionshindrade)

Partikongressen föreslår besluta:

H33:1 att partiet verkar för att en översyn och utvärdering görs av värden av de psykiskt sjuka

H33:2 att partiet verkar för att utveckla den psykiatriska kompetensen hos kommuner och landsting för att tydliggöra dessas ansvar i sin myndighetsutövning

Susanne Ringskog Vagnhammar

Simrishamns arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H34

RITEÅ ARBETAREKOMMUN

Förebyggande av psykisk ohälsa och suicid hos barn och ungdom

Svenska barn tillhör de friskaste i världen, om man håller sig till kroppen. En viktig orsak till detta är generella primärpreventiva insatser genom MVC och BVC med vaccinationer, rådgivning etc som riktar sig till alla föräldrar och barn. Psykiskt mår svenska barn fortfarande lika dåligt som de gjort så länge man fört statistik. Suicidförsök, självska debeteende och fullbordade suicid är mycket vanligt hos ungdomar. Ca 1500 personer tar årligen sina liv i Sverige. Fortfarande är suicid den vanligaste dödsorsaken bland män upp till 44 år. Det är numera fyra gånger fler som dör genom suicid jämfört med hur många som dör i trafiken.

Alliansregeringen har infört en nollvision för suicid, men den är mest ett slag i luften så länge visionen inte följs upp av en långsiktig, bred satsning för att förbättra barn- och ungdomars psykiska hälsa. Man kan jämföra med hur mycket som satsas på vägar, trafiksäkerhet etc för att försöka nå nollvisionen för dödsolyckor i trafiken. Psykisk ohälsa är en viktig anledning till varför barn och ungdomar inte klarar skolan och inte kommer in på arbetsmarknaden. Man kan tala om att minska ”utanförskapet”, men det blir tomma ord om de inte följs upp av en ordentlig analys av dess orsaker och vad som krävs för en förändring.

Barnfattigdom

Det finns klara samband mellan barns psykiska hälsa och familjens ekonomi. (Se tex artikel i Läkartidningen nr 24/2001: Fattiga barns hälsa i det rika Europa). I maj innevarande år konstaterar UNICEF att de barn, som har de sämst i Sverige, fått en än värre situation på senare år.

Skola, förskola och BVC

BVC når alla barn. De flesta barn finns i förskola och alla över sex år finns i skolan. Liksom när det gäller annan förebyggande verksamhet, har man kunnat visa att primärprevention dvs program som riktar sig till alla barn, har bäst effekt. Det finns flera såväl svenska som utländska exempel på sk livskunskapsprojekt i skolan som förbättrar barns psykiska hälsa och i förlängningen minskar risken för suicid. Det saknas dock resurser i skolan för en seriös och långsiktig satsning. Personaltätheten i förskola och skola har stor betydelse för att barn ska uppleva sig bekräftade.

I skolan borde det finnas resurser att erbjuda alla barn, som är med om kriser och trauman, någon vuxen att tala med, vilket man vet förebygger senare ohälsa. Föräldrautbildningen behöver utökas och helst omfatta alla föräldrar antingen på BVC eller inom förskolan.

Ekonomiska styrmedel

Det finns många exempel på att ekonomiska styrmedel är effektiva, på gott och ont.

Några exempel: Redan i det gamla Egypten förstod man att pengar styr. Läkare fick mer betalt om de lyckades hålla folk friska och avdrag om de blev sjuka.

Den sk sjukronan var en relativt stor fråga i valet 1970. Förslaget innebar att patienterna skulle betala sju kronor för ett läkarbesök. Läkarna skulle få ren månadslön. Innan dess hade man fått en stor del av inkomsten genom ackordsarbete, dvs betalt per patient. SAP vann valet och genomförde reformen. Som genom ett trollslag ändrades indikationerna för läkarbesök. Man började prioritera efter patienternas behov. Nu tycks man inom Stockholms Läns Landsting ha infört betalningssystem som till stor del liknar förhållandena innan 1970, fast denna gång på verksamhetsnivå, med samma typ av ”biverkningar” där man låter läkare utföra undersköterskearbete därför att det ger bättre betalt till vårdenheten.

De nu aktuella sk kökörtningsspengarna inom sjukvården har lett till omfattande förändring av besöksmönstret till förmån för nybesök för enkla, snabbt åtgärdade åkommor, till nackdel för patienter med kroniska sjukdomar.

Konklusion:

Om staten på ett genomtänkt sätt utformar belöningsystem till kommuner och landsting, som lyckas minska barns och ungdomars psykiska ohälsa och reducera antalet suicid, skulle säkert intresset för förebyggande arbete öka.

Partikongressen föreslås besluta:

H34:1 att uppdra åt partistyrelsen att utse en arbetsgrupp som får i uppgift att utarbeta ett brett, långsiktigt nationellt program för att förebygga psykisk ohälsa och suicid hos barn och ungdom

Roland Olofsson

Piteå arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H35

KALMAR LÄNS PARTIDISTRIKT

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

I Sverige kan man bli frihetsberövad av två orsaker. Den ena orsaken är att man begått ett brott, den andra att man har en allvarlig psykisk sjukdom som gör att fara för den sjukes liv föreligger.

LPT är lagen om psykiatrisk tvångsvård en lag som ger läkare en mycket omfattande rättighet att beröva enskilda personer även barn friheten. Detta kan ske med hänvisning till att personen kan skada sig själv eller begå självmord. Lagen ger läkaren rätt att tvångsvårda en person i några dagar därefter krävs en förhandling i förvaltningsrätt. Vid denna förhandling har den sjuke rätten att ha ett biträde i form av en jurist. Endast en läkarundersökning är tillräcklig men sedan måste även en andra läkare yttra sig, denna behöver inte ha sett patienten eller genomfört en undersökning av patienten. Således ligger en undersökning till grund för att en person skall kunna frihetsberövas.

LPT ger läkaren långtgående befogenheter som till exempel att lägga en person i bälte eller medicinera mot personen vilja. Här finns risk för att grova övergrepp mot den enskilde kan förekomma. Det mest anmärkningsvärda tycker jag är att en person som är under 18 år men över 15 år förutsätts kunna företräda sig själv trots sin sjukdom, visserligen med hjälp av ett biträde, ett juridiskt ombud som biträder vid förhandlingen och som den svårt sjuke möjligen har träfat någon timma före det att förhandlingen påbörjas. Den som skall frihetsberövas har således hjälp av ett biträde som han/hon inte känner. Föräldrarna har rätt att vara med och att yttra sig, men hur stark är man som förälder när ens barn är så sjukt att det måste frihetsberövas. Här behöver skyddet för den som är sjuk stärkas.

Partikongressen föreslås besluta:

H35:1 att en översyn av lagen om psykiatrisk tvångsvård görs

- H35:2 att en person som söker stöd från öppenvård eller slutenvård inom psykiatri ges en stödperson som kan hjälpa till att företräda den sjuke, frågan skall vara obligatorisk att ställa till alla som söker psykiatri
- H35:3 att familjer med barn/ungdom alltid har rätt att direkt efter kontakt med BUP få en person som kan hjälpa dem i den process som ligger framför dem. Man ska ha rätt att byta person om man inte känner förtroende för den som man valde från början
- H35:4 att ingen i Sverige ska frihetsberövas eller utsättas för medicins tvångsvård utan att först två oberoende läkare personligen undersökt och träffat personen

Steve Sjögren

Kalmar läns partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H36

TRELLEBORG ARBETAREKOMMUN

Psykiatri

Psykiatri i Sverige är idag i en svår kris. Såväl nationellt som inom landsting och kommuner. Krisen orsakas av de stora samhällsförändringar som har genomdrivits av högerkrafter. Stora multinationella privata vårdbolag, med vinstintresset istället för vårdkvaliteten som sin primära drivkraft, har tagit över en mycket stor andel av vården.

Psykiatripatienter är här ingen lönsam grupp, och hela den psykiatriska vården lever idag på undantag, med dålig ekonomi och svår underbemanning.

I Sverige tar idag 3-4 personer per dygn sina liv. Totalt rör det sig om 1400 personer per år. I väldigt många fall är det fråga om unga personer, som slagits ut under den allt hårdare gallringen till högre utbildningar, och som inte längre ser sig ha någon framtid.

För dessa personer enligt socialstyrelsens utredare främst ha behövts en intensiv kognitiv behandling, regelbundna samtal med för uppgiften särskilt utbildade psykologer och psykiatriker. Och också tillgång till kompletterande utbildningsvägar för patienter som slagits ut från all fortsatt utbildning.

Men psykiatri har inte haft samma förmåga att hävda sina personalbehov och sina utbildningsbehov som den somatiska vården i vårt land. Den har särskilt från all annan vård och nedprioriterats.

Följden har blivit att det som främst behövs idag inom psykiatrivården, en tillgång till stödjande expertis, inte alls kan längre tillgodosas.

De få psykiatriläkare som idag finns att tillgå, tvingas beroende på bristen på KBT-personal ge unga människor psykofarmaka istället, och skapar, trots Socialstyrelsens allmänna råd inom psykiatri om försiktighet, ett stort nytt psykofarmakabehov hos patienterna istället för att kunna bota dem och återskapa livsvilja.

Det här är ytterst fråga om en central politisk vilja att göra nödvändiga prioriteringar. Unga människor måste kunna ges tilltro till ett fortsatt meningsfullt liv, och gamla som behöver måste få hjälp till en värdig tillvaro på sin ålders höst.

Partikongressen föreslås besluta:

- H36:1 att vårt parti kraftfullt tar avstånd från denna nermontering av all psykvård, och verkar för att tillräckligt stora resurser avdelas för utbildning och tillsättning av vårdpersonal för genomförande av moderna behandlingar
- H36:2 att vårt parti i vårt partiprogram för nästa valperiod högprioriterar tillgång till adekvat psykiatrisk vård för alla som behöver, såväl unga som äldre

Första s-föreningen Seniorerna i Trelleborg
Trelleborg arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H37

KALMAR LÄNS PARTIDISTRIKT

Satsa förebyggande och riv huvudmannagränserna för barn- och ungdomspsykiatri

Allt fler barn och unga har psykiatriska problem. Hos många föräldrar finns det en oro över att deras barn inte blir sedda och får den hjälp som de behöver för att kunna gå vidare i livet, fullfölja skolgång och ta steget in i vuxenvärlden.

En sak är säker: Både barnet, familjen och samhället i stort har allt att vinna på att insatserna sätts in tidigt. En förlorad uppväxt är oersättlig för den enskilde och det är mycket krävande och kostsamt att kompensera i efterhand. Identifiering av stöd och insatser bör helst ges under barnets förskoletid och under de lägre åren i skolan.

Det finns idag i spåren av den ekonomiska krisen och bristande resurser inom välfärdens olika sektorer en risk att individen hamnar i kläm när de två stora huvudmännen, kommun och landsting. Alldeles för ofta uppstår det gränser och samverkansbrister som inte tar utgångspunkt i individen, utan i vem som ska betala för hjälpen. Vi anser att det behövs ett förtydligande av det gemensamma ansvar som delas mellan kommun och landsting för dessa barn och unga. Det måste vara barnets behov som står i fokus, inte huvudmannagränser.

Partikongressen föreslås besluta:

- H37:1 att staten tillsammans med huvudmännen för den psykiatriska barn- och ungdomsvården kartlägger bristerna i dagens samverkan och utifrån detta föreslå förändringar i gällande regelverk

Kalmar läns partidistrikt

MOTION H38

NORDVÄRMLANDS ARBETAREKOMMUN

Stort behov av utvidgat självmordsförebyggande arbete i Värmland

Som en konsekvens av riksdagens antagna nollvision rörande självmord pågår sedan två år en försöksatsning i ett antal län. I de utvalda länen utbildas allmänheten i ett koncept som förkortas MHFA och betyder The Mental Health First Aid Training and Research program, som på svenska fått namnet Första hjälpen till psykisk hälsa. Sedan år 2000 har programmet utvecklats och utvärderats vetenskapligt och används nu i 15 länder runt om i världen.

Målsättningen med MHFA programmet, Första hjälpen till psykisk hälsa, är att rädda liv genom att öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar, självmordsförsök och självmord.

I Sverige har regeringen beviljat bidrag att utbilda instruktörer i MHFA. Bland annat fattades sommaren 2012 beslutet att utbilda instruktörer i Stockholms och Jönköpings län till en kostnad av tre miljoner kronor. Urvalet av län styrs av förmågan att styra upp en sådan satsning och uppgår i dagsläget till fem län.

Sedan 2009 bedrivs ett projekt i norra Värmland, SsiV projektet, där huvudmän som Polisen, Räddningstjänsten, Psykiatrin, Svenska kyrkan, Sunne-, Torsby- och Hagfors kommuner samarbetar för att genom kompetensutveckling och strukturförändringar bringa ned självmordstalen. Projektet, som varit finansierat av utvecklingsmedel från Svenska kyrkan, går mot sitt slut. Värmland, som är ett av de hårdast drabbade länen rörande självmord, inkluderas inte i de fem försökslänen som har uppdrag att utföra MHFA. I Värmland finns idag dock en förmåga, som en konsekvens av SsiV projektet, att hantera en MHFA satsning. Landstinget liksom ett flertal kommuner har en uttalad önskan att gå vidare i det självmordspreventiva arbetet och Landstinget i Värmland har fattat ett beslut kring ett självmordspreventivt arbete i vilket satsning på MHFA ingår som en del. Behovet är stort av denna utbildningssatsning och ett flertal viktiga aktörer står redo.

Partikongressen föreslås besluta:

H38:1 att Värmland omedelbart inkluderas i regeringens provsatsning att utbilda MHFA-instruktörer

Johan Bonander, Eva-Lena Gustavsson, Eva Nordvall, Marina Pettersson, Nils-Gunnar Andersson, Regina Andersson, Ingrid Emmanuelson och Nils Jansson
Nordvärmlands arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H39:1, H39:2, H39:3, H40:1, H40:2, H40:3

UH4 Utlåtande vård i livets slutskede

Uppskattningsvis 80 procent av dem som dör behöver palliativ (lindrande) vård i livets slutskede när behandlingen inte längre har någon effekt. Det finns idag brister och skillnader i tillgången på palliativ vård som behöver åtgärdas. Socialstyrelsen har därför under 2012 tagit fram ett nationellt kunskapsstöd med tydliga rekommendationer för vad landstingen och kommunerna borde satsa på för att göra vården i livets slutskede bra och mer likvärdig. Det får inte vara så att döende personer åker in och ut på sjukhus, tvingas leva med smärta och saknar någon att prata med. Döende personer har ofta flera svåra symtom samtidigt och det är viktigt att analysera dem för att kunna ge rätt lindring vid rätt tidpunkt. Vården och omsorgen behöver prioritera både medicinska och existentiella aspekter för att patienternas sista tid i livet ska bli bra. Det är viktigt att individen och de närstående får stöd. Möjligheten att få vistas hemma den sista tiden genom stöd från hemsjukvården är för vissa grupper en mycket viktig trygghetsfråga och måste finnas som ett alternativ.

Frågan om läkarassisterat suicid och eutanasi tas upp i en av motionerna. Det handlar om mycket svåra frågor men läkarassisterat självmord är olagligt i de flesta länder och partistyrelsen anser inte att det finns anledning att ändra detta synsätt i Sverige. Läkarförbundets nuvarande etiska regler är också tydliga på denna punkt. Vanliga argument för denna avvisande hållning är att det finns risk för missbruk och att allmänheten kan komma att misstro vården och läkarkåren. Vidare kan åberopas åtgärdens oåterkalleliga natur, svårigheten att i vissa fall bedöma en sjukdoms framtida förlopp samt risken för att palliativ vård kommer att nedprioriteras. I många fall uppstår en diskussion om dödshjälp som en följd av att folk tror att den palliativa vården inte kommer att fungera. Därför är en utveckling och kvalitetssäkring av den palliativa vården en oerhört viktig åtgärd inte bara för den berörda gruppen patienter utan för hela samhället. I detta sammanhang bör det erinras om att patienten har en rätt att avstå från behandling. Det gäller även i situationer där behandling ur medicinsk synpunkt skulle kunna gagna patienten.

Partikongressen föreslås besluta:

att bifalla motionerna H39:1, H40:2, H40:3

H39:1 (Kalmar läns partidistrikt) att Socialdemokraterna arbetar för att ge alla rätten till en värdig död - oavsett ålder

H40:2 (Sotenäs arbetarekommun) att Socialdemokratiska partiet verkar för att den palliativa vården görs mer tillgänglig

H40:3 (Sotenäs arbetarekommun) att Socialdemokratiska partiet verkar för att utbildningsinsatser inom palliativ vård utökas

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H39:2, H39:3

H39:2 (Kalmar läns partidistrikt) att Socialdemokraterna arbetar för att ge alla rätt till hemsjukvård i livets slutskede - oavsett ålder

H39:3 (Kalmar läns partidistrikt) att Socialdemokraterna arbetar för att instifta en lag som ger alla rätten att få dö hemma oavsett ålder

Partikongressen föreslår besluta:

att avslå motionen H40:1

H40:1 (Sotenäs arbetarekommun) att Socialdemokratiska partiet verkar för att frågan om läkarassiterat suicid och eutanasi skyndsamt utreds

MOTION H39

KALMAR LÄNS PARTIDISTRIKT

Rätt till vård i livets slutskede oavsett ålder

Vård i livets slutskede är palliativ och det betyder lindrande. Målet med palliativ vård är att se till att den sista tiden i livet blir så bra och smärtfri som möjligt, både fysiskt, psykiskt, socialt och andligt/existentiellt.

I april 2009 uppmärksammades det att en pojke som led av svår obotlig cancer inte hade rätt till hemsjukvård på grund av att han var under 17 år. Anhöriga önskade hemsjukvård och stöd i livets slutskede för att möjliggöra en värdig död för barnet och för de närmaste.

Barnet erhöll inte vård i livets slutskede då kommunen inte tillhandahöll den typen av omsorg.

I barnets hemkommun, liksom i många andra kommuner runt om i Sverige, finns ingen organiserad hemsjukvård för barn under 17 år.

Alla vuxna har rätt till hemsjukvård men inte alla barn. Rätten till ett värdigt liv borde innefatta rätten till en värdig död för alla.

Partikongressen föreslår besluta:

H39:1 att Socialdemokraterna arbetar för att ge alla rätten till en värdig död - oavsett ålder

H39:2 att Socialdemokraterna arbetar för att ge alla rätt till hemsjukvård i livets slutskede - oavsett ålder

H39:3 att Socialdemokraterna arbetar för att instifta en lag som ger alla rätten att få dö hemma oavsett ålder

Thomas Jonsson och Kerstin Jonsson

Kalmar läns partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H40

SOTENÄS ARBETAREKOMMUN

Stärk patientens självbestämmande vid livets slut

Döden är obehaglig. Därför finns en motvilja mot att diskutera hur döende människor ska behandlas och hur vi själva vill ha det. Det socialdemokratiska projektet har i stor utsträckning syftat till att stärka människors valfrihet och egenmakt även om man saknar stora ekonomiska resurser. Det är dags att utvidga denna politik till döendet. Den moderna sjukvården har utvecklat många metoder som kan bota människor och återställa hälsan. Utvecklingen i hela västvärlden har gått mot att stärka patientens ställning.

I svensk lagstiftning måste patienten självgodkänna den föreslagna vården (undantag finns för psykiatrisk tvångsvård och för vissa akuta situationer) och har rätt att avstå från vård som är oönskad. Detta gäller även om behandlingen (t.ex. respiratorbehandling) är livsnödvändig. Nyligen uttalade Socialstyrelsen att det var i sin ordning att en ung kvinna med en neurodegenerativ sjukdom ville avsluta sin respiratorbehandling och att hon hade rätt att bli sövd under denna process för att slippa lida. Vid svåra tillstånd vid livets slut accepteras också sk djup kontinuerlig sedering, dvs. att patienten sövs ner, ingen näring eller vätska ges och patienten förblir nedsövd tills döden inträder. Här får tilläggas att tillgången på denna möjlighet varierar beroende på var man vårdas och hur läkarens inställning är.

Trots framstegen vad gäller smärtlindring och palliativ vård dör många människor under svåra omständigheter. Dessutom är inte den palliativa vården utbyggd på önskvärt sätt och det saknas ibland kunskaper bland personalen. Vi människor har olika syn på den sista biten av livet. Det gäller både läkare och patienter. Det borde vara patientens önskemål som väger tyngst.

I svensk medicinsk praxis gör man en skarp åtskillnad mellan att aktivt orsaka en patients död (t.ex. genom en injektion eller genom läkemedel) och att ”passivt” göra detta. Att stänga av respiratorn eller avbryta närings- och vätsketillförsel räknas som ”passivt”. (Patienten dör av sin sjukdom). För en nykter iakttagare är det förstås inte någon större skillnad mellan att stänga av en respirator (man vet att patienten dör) eller låta patienten få inta ett läkemedel, som leder till döden.

I ett ökande antal länder godtar man inte den svenska skillnaden mellan ”aktiv” och ”passiv”. I Nederländerna och Belgien finns möjlighet till eutanasi i noga definierade situationer, dvs att patientens liv avslutas på dennes begäran av läkare. Ett typexempel är en patient med svår skelettcancer, som vill avstå från sista dagarna eller veckan. I Schweiz finns möjlighet till läkarassisterat suicid. (Läkare skriver ut medlet) I Belgien har eutanasi integrerats inom den palliativa vården.

I samtliga länder finns en omfattande och noggrann reglering för att säkerställa att det verkligen är patientens vilja och att patienten inte lider av någon behandlingsbar psykisk sjukdom. Av alla dödsfall i dessa länder sker bara ett fåtal genom eutanasi eller läkarassisterat suicid. Möjligheten att få avsluta sitt liv på detta sätt fungerar som en ”försäkring” – en trygghet att inte behöva dö på ett sätt man inte önskar.

Det kan tilläggas att varken suicid eller assisterat suicid är straffbart i Sverige. Däremot är eutanasi straffbart. För läkare gäller dock att de genom medverkan till assisterat suicid kan få sin legitimation

indragen. Det är dags för förändring. Redan 2008 föreslog en arbetsgrupp inom Statens medicinsk-etiska råd att möjligheten till läkarassisterat suicid borde utredas. Så har inte skett.

Partikongressen föreslår besluta:

- H40:1 att Socialdemokratiska partiet verkar för att frågan om läkarassisterat suicid och eutanasi skyndsamt utreds
- H40:2 att Socialdemokratiska partiet verkar för att den palliativa vården görs mer tillgänglig
- H40:3 att Socialdemokratiska partiet verkar för att utbildningsinsatser inom palliativ vård utökas

Stellan Welin

Sotenäs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

ÄLDREOMSORG

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H41:1, H41:2, H41:3, H42:1, H43:1, H44:3, H45:1, H45:2, H45:3, H46:1, H46:2, H46:3, H46:4, H47:1, H48:1, H49:1, H49:2, H50:1, H51:1, H51:2, H51:3, H51:4, H52:2, H53:1, H54:1, H54:2, H55:1, H56:1, H57:2, H57:3, H57:4, I13:2, I14:2, I15:2, I16:2, I17:2, I79:3, I110:3, I122:3

UH5 Utlåtande äldreomsorg

Andelen äldre i befolkningen växer. Att vi får leva allt längre är en stor framgång för vårt välfärdssamhälle. Många goda år läggs till livet efter arbetslivet för de allra flesta. Fler äldre och så småningom ökade vårdbehov är något naturligt och något vi kan och ska planera för. En åldrande befolkning innebär en utmaning för äldreomsorgen, sjukvården och vårt gemensamma pensionssystem. För att klara den ekonomiska utmaningen behöver vi öka sysselsättningen och antalet arbetande timmar. Det måste bli möjligt för många fler att orka arbeta fram till pensioneringen.

Frågan om hur vi ska finansiera välfärden i framtiden är en genuint politisk fråga. Det går att behålla och utveckla en gemensamt finansierad vård och omsorg med hög kvalitet för alla äldre – det handlar om politiska prioriteringar och kraft. Det gör vi genom prioriteringar, ett aktivt folkhälsoarbete och genom att fler får möjlighet att arbeta. Unga måste komma in på arbetsmarknaden tidigare, frånvaro och förtida pensionering på grund av ohälsa måste förebyggas, nya svenskar och personer med funktionsnedsättningar måste få jobb snabbare och den som vill arbeta efter 65 år ska få göra det. Allt detta stärker våra möjligheter att utveckla välfärdssamhället.

Kvaliteten i äldreomsorgen och sjukvården måste hållas hög samtidigt som vi möter ökade behov av vård, omsorg och personal. Den grundläggande kvaliteten i välfärden ska vara så hög att man inte ska vara beroende av att köpa tilläggstjänster. Därför vill vi stimulera innovationer i vård och omsorg, åtgärda

kvalitetsbrister och öka inflytandet och valfriheten för brukarna samt skapa ett program för generationsväxling för personalen. Personalen ska garanteras rätt till heltid, utvecklingsmöjligheter, kompetensutveckling och en utvecklande arbetsmiljö. Eftersom många yrken i vården och omsorgen är kvinnodominerade är detta även en viktig jämställdhetsfråga. Kvinnor i vård och omsorg har lägre lön och löper samtidigt större risk för både deltidsarbetslöshet och förslitningsskador på grund av arbetet än vad som är fallet i de flesta mansdominerade yrken.

En långsiktig kvalitetsplan för den svenska äldreomsorgen som sträcker sig fram till 2025 behöver tas fram. Alla äldre ska kunna känna trygghet att vården och omsorgen fungerar och håller hög kvalitet. Äldre ska inte känna sig beroende av barn och anhöriga för sin trygghet och omsorg. Vården och omsorgen ska vara för alla och ges efter behov, oavsett inkomst. De som kräver försäkringslösningar säger indirekt att alla inte ska/kan ha den vårdstandard som de anser nödvändig för egen del. När hälsan sviktar och man inte kan klara sig hemma på egen hand ska hemtjänsten, vården och omsorgen finnas där – för alla.

Bilden av äldre som en grupp där alla har behov av vård och omsorg är helt fel. De allra flesta äldre har ingen hjälp alls och efterfrågar det inte heller just nu. De är friska och klarar sig själva alldeles utmärkt under många år efter pension. Så småningom kommer dock för de allra flesta en tid då allt fler sjukdomar gör sig påmind och då behovet att vård och omsorg ökar. Äldre med vårdbehov är inte en enhetlig grupp. Alla är unika med olika behov och drömmar.

Äldreomsorgen måste därför skifta fokus från ett vårdperspektiv där samhället ganska ensidigt bestämmer förutsättningarna till ett inflytandeperspektiv där individens ökade krav på oberoende och självständighet är utgångspunkten för vården och omsorgen. Äldre ska ha samma rätt som alla andra att påverka sitt liv och sin vardag. Att reducera valfrihet och inflytande till en fråga om att välja hemtjänst från en kommunal eller privat utförare är fel. Diskussionen borde på ett helt annat sätt än idag handla om innehållet i den vård eller omsorg som ska ges. Äldre ska ha verklig valfrihet och i högre grad än idag kunna bestämma vad de vill ha utfört under sina hemtjänsttimmar. För att värna den äldres oberoende och möjligheter att bo så länge de vill och orkar i sin hemmiljö bör inriktningen vara att det blir lättare att få hjälp även om behoven inte är så stora att man har rätt till biståndsbedömd insats. Det ökar tryggheten, livskvaliteten och oberoendet för de äldre och är lönsamt på sikt för samhället.

Vi vill att äldre med rätt till hemtjänst eller boende på äldreboende ska få möjlighet till ett rikare liv. Många kommer att leva en lång tid av sitt liv med hemtjänst eller på äldreboende. På sikt måste hemtjänsten och insatserna på äldreboendet utvecklas till att inte bara handla om det allra nödvändigaste utan också kunna rymma det som gör livet värt att leva. Vi vill se en långsiktig planering för äldreomsorgen för att möta demografiska utmaningar, ökade vårdbehov, ökat rekryteringsbehov av personal och behoven av ökat inflytande för de äldre.

Forskningen visar att de äldre föredrar offentligt finansierad hjälp före hjälp från sina barn. Samtidigt har cirka 100 000 personer gått ned i arbetstid eller helt slutat arbeta på grund av vård av anhöriga. Det är i allt väsentligt kvinnor som står för hjälpinsatserna. När vårdskandaler och besparingar rubbar tilltron till

Äldreomsorgen är det förståeligt att barnen, i första hand döttrarna, ställer upp för sina föräldrar och tar över hela eller delar av vårdansvaret. Det är viktigt att denna utveckling bryts genom att i stället äldreomsorgen förstärks.

Statliga stimulansbidrag för byggande av fler platser i särskilda boenden finns sedan 2006. Det var en satsning som inleddes av den socialdemokratiska regeringen. Sedan ett par år gäller stödet även trygghetsboenden. Ytterligare åtgärder från statens sida kommer att bli nödvändiga. Det krävs en god bostadsplanering i kommunerna med flera olika typer av boendeformer för äldre. Det kan också behövas en översyn av reglerna kring bostadsanpassning i syfte att modernisera reglerna. Hemtjänst och bostadsanpassning spelar tillsammans en stor roll för att få ett flexibelt system, anpassat efter de varje individs önskemål och behov. Kommunens biståndshandläggare har en mycket viktig roll i detta arbete och är en grundbult i kommunens insatser för att säkra de äldres trygghet och oberoende.

En motion föreslår att staten tar över ansvaret för äldreomsorgen. Partistyrelsen stöder inte den linjen. Kommunerna bör även i fortsättningen vara huvudman för äldreomsorgen. Det ger medborgarna större möjligheter att påverka verksamheten. Sverige ser olika ut och lösningarna måste, inom ramen för en gemensam lagstiftning, kunna ta hänsyn till lokala förhållanden.

Demens är en folksjukdom och den som är sjuk blir så småningom beroende av omgivningens insatser för vård och omsorg. I dag lever cirka 150 000 personer i Sverige med demens. God demensvård handlar både om insatser som riktar sig till den som är sjuk och om att utveckla stödet till anhöriga. Forskningen har gjort att vi idag vet allt mer, men för att kunskapen verkligen ska användas krävs satsning på kompetensutveckling. Det finns också ett stort behov av demenskunskap på samtliga grundutbildningar inom vård och omsorg.

Socialdemokraterna och de övriga oppositionspartierna i riksdagen röstade våren 2011 igenom ett uppdrag till Socialstyrelsen att komplettera de nationella riktlinjerna för vård av demenssjuka med riktlinjer för bemanning i demensvården. Socialstyrelsen har valt att inte arbeta vidare med riktlinjer för bemanning utan istället utfärda föreskrifter för bemanning, dessa gäller från och med 2014.

När det gäller sjukvård och läkemedel, hemtjänst och hjälpmedel är det framförallt de äldre som är storkonsumenter. Det betyder inte att de flesta äldre skulle vara sjuka, men det betyder att vården och omsorgen måste anpassas utifrån de äldres behov. Det är väl belagt att vårdsökandes kön eller sociala bakgrund påverkar vilket bemötande dessa får, vilka krav man ställer eller har möjlighet att ställa, och att detta får konsekvenser för vilka insatser som sätts in. Arbetet för en mer jämlik och jämställd vård måste därför fortgå och varje vårdsökande ska få adekvat och professionellt bemötande och insatser utifrån sin faktiska hälsosituation.

Vården för de mest sjuka äldre har idag stora brister och är en prioriterad fråga för oss socialdemokrater. Vi vill att äldre som står på många läkemedel får läkemedelsgenomgångar och att det tas fram nya modeller för bättre vård för svårt sjuka äldre. För många äldre är det en stor och bökig apparat att ta sig

till sjukvården när man blivit sjuk och svag. Kommuner och landsting bör gemensamt utveckla samarbete och organisation för vården av äldre. Primärvård, socialtjänst och slutenvård behöver skapa gemensamma rutiner för att bättre ta hand om mycket gamla och multisjuka patienter som ofta behöver sjukhusvård. Det kan till exempel handla om att skapa möjligheter till direktinläggning och olika slags mellanvårdformer så att så få som möjligt tvingas vänta på akuten. Vi vill också göra en lagändring och samla huvudmannskapet för både hemsjukvård och äldreomsorg hos kommunen för att kunna samverka och integrera insatserna. I många kommuner är det fortfarande två olika organisationer för vården och omsorgen om äldre som vårdas hemma.

Personalens möjligheter till utbildning och fortbildning är en av de viktigaste nycklarna för att höja kvaliteten. Det behövs fler specialistutbildade sjuksköterskor för att arbeta med äldre och sköra patienter och det behövs fler geriatriker liksom grundläggande vårdutbildning för all personal i äldreomsorgen. Socialstyrelsen har i granskningar av äldreomsorgen påpekat att det faktum att en hel del omvårdnadspersonal saknar vårdutbildning inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen och att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet av yrkeskompetent omvårdnadspersonal och förbättra förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna. Vi delar den uppfattningen. Den socialdemokratiska regeringen satsade under tre år en dryg miljard på Kompetensstegen för anställda inom äldreomsorgen. Satsningen var mycket lyckad och har lett till en liknande satsning från den nuvarande regeringen. Ytterligare åtgärder kommer dock att bli nödvändiga för att kompetensutveckla befintlig personal (inklusive chefer) och rekrytera ny personal.

Vi står inför mycket stora pensionsavgångar vilket ökar trycket på att rekrytera ny personal. Intresset för att söka gymnasial vårdutbildning har sjunkit dramatiskt. Om vi ska klara personalförsörjningen inom välfärden behöver breda insatser genomföras. Viktigast är att ge anställda möjlighet till heltid och fast anställning, men insatser behöver även göras för att locka unga att välja en framtid inom äldreomsorgen liksom att det skapas möjligheter att byta yrkesbana och välja vårdyrket mitt i livet. Inte minst kan validering av faktiska kunskaper vara ett viktigt instrument.

Partistyrelsen avser att arbeta vidare med kvalitetsfrågorna och de långsiktiga demografiska utmaningarna för äldreomsorgen och i det sammanhanget samverka med våra företrädare på regional och lokal nivå, men exakt i vilka former det arbetet kommer att utföras får avgöras längre fram.

Partikongressen föreslår besluta:

att bifalla motionerna H41:1, H41:2, H46:1, H47:1, H49:2, H50:1, H52:2, H57:4, I13:2, I14:2, I15:2, I16:2, I17:2

H41:1 (Landskrona arbetarekommun) att ingen skall känna sig tvingad att hjälpa sina gamla föräldrar för att det saknas offentligt finansierade alternativ av hög kvalitet

H41:2 (Landskrona arbetarekommun) att anhöriga till äldre ska kunna gå till jobbet och känna sig trygga med att deras föräldrar har det bra och får professionell vård och omsorg

H46:1 (Göteborgs partidistrikt) att åtgärder vidtagas för minskad användning av medicin inom äldreomsorgen och inom särskilda boende

H47:1 (Huddinge arbetarekommun) att arbeta fram ett modernt välfärdsprogram för framtidens äldreomsorg

H49:2 (Kalmar läns partidistrikt) att ett lagförslag eller nationella riktlinjer skapas för hur vården skall bedrivas under dygnets alla timmar

H50:1 (Borås arbetarekommun) att Socialdemokraterna aktivt driver frågan om att kultur och gemenskap ska ingå i vardagen även för åldrande människor

H52:2 (Umeå arbetarekommun) att SAP driver frågan om äldreomsorg med hög kvalitet och nog personalbemanning som ger trygghet för de äldre och avlastar deras anhöriga så de kan förvärvsarbeta

H57:4 (Borås arbetarekommun) att arbetsmiljön för de anställda inom omsorgen av äldre och funktionshindrade förbättras genom återkommande fortbildning, bra planering och schemaläggning som ger personalen god kontakt med ett färre antal omsorgstagare

I13:2 (Södertälje arbetarekommun - enskild) att Socialdemokraterna med kraft motsätter sig en utveckling där människor hänvisas till tilläggstjänster utöver biståndsbedömd omsorg för att tillfredsställa legitima hjälpbehov och där det för vissa hjälpbehövande är ekonomiskt ofördelaktigt att anlita biståndsbedömd hemtjänst jämfört med att köpa hushållsnära tjänster

I14:2 (Sala arbetarekommun) att Socialdemokraterna med kraft motsätter sig en utveckling där människor hänvisas till tilläggstjänster utöver biståndsbedömd omsorg för att tillfredsställa legitima hjälpbehov och där det för vissa hjälpbehövande är ekonomiskt ofördelaktigt att anlita biståndsbedömd hemtjänst jämfört med att köpa hushållsnära tjänster

I15:2 (Falkenbergs arbetarekommun) att Socialdemokraterna med kraft motsätter sig en utveckling där människor hänvisas till tilläggstjänster utöver biståndsbedömd omsorg för att tillfredsställa legitima hjälpbehov och där det för vissa hjälpbehövande är ekonomiskt ofördelaktigt att anlita biståndsbedömd hemtjänst jämfört med att köpa hushållsnära tjänster

I16:2 (Eskilstuna arbetarekommun) att Socialdemokraterna med kraft motsätter sig en utveckling där människor hänvisas till tilläggstjänster utöver biståndsbedömd omsorg för att tillfredsställa legitima hjälpbehov och där det för vissa hjälpbehövande är ekonomiskt ofördelaktigt att anlita biståndsbedömd hemtjänst jämfört med att köpa hushållsnära tjänster

I17:2 (Lunds arbetarekommun) att Socialdemokraterna med kraft motsätter sig en utveckling där människor hänvisas till tilläggstjänster utöver biståndsbedömd omsorg för att tillfredsställa legitima hjälpbehov och där det för vissa hjälpbehövande är ekonomiskt ofördelaktigt att anlita biståndsbedömd hemtjänst jämfört med att köpa hushållsnära tjänster

Partikongressen föreslår besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H41:3, H42:1, H43:1, H44:3, H45:1, H45:2, H45:3, H46:2, H46:3, H46:4, H48:1, H49:1, H51:1, H51:2, H51:3, H51:4, H53:1, H54:1, H54:2, H55:1, H56:1, H57:2, H57:3, I79:3, I122:3

H41:3 (Landskrona arbetarekommun) att mer resurser satsas för att säkra äldreomsorgen som generell offentligt finansierad välfärdstjänst

H42:1 (Umeå arbetarekommun - enskild) att det Socialdemokratiska partiet verkar för att en lagöversyn görs i motionens anda

H43:1 (Sandvikens arbetarekommun) att Socialdemokraterna tar tag i detta problem för att delta i en förändring och en översyn av bostadsanpassningslagen utifrån motionärens intentioner

H44:3 (Stockholms partidistrikt) att möjligheterna att införa en särskild äldreomsorgslag utreds

H45:1 (Lunds arbetarekommun) att kommuner som erbjuder boende för 65 + bör förfarandet av ansökningen förenklas, många äldre använder sig inte av internet, orkar ej heller sitta i lång telefonkö och svårt att uppfatta valmöjligheterna för att komma till rätt person. Dessutom ska personer 65 + vid behov få bistånd till anpassade lägenheter med boendeservice, en regel som varit borttagen från socialtjänstlagen sedan flera år tillbaka

H45:2 (Lunds arbetarekommun) att vid handläggning av biståndsinsats relaterad till boende för äldre med särskilda behov, förorda speciell erfarna och med äldrevård tillika sjukvård förtrogna biståndshandläggare. Detta för att en alldeles särskild insyn med utgångspunkt ifrån inifrån perspektivet bör vara (detta att se till varje människas unika situation och behov) kravet på en tjänsteperson som handlägger dessa känsliga ärenden. Då man har att avgöra så viktiga frågor som att, av fysiska och mentala funktionshinder till följd av ålderdom, flytta på människor (många gånger mot sin vilja) ifrån vardagens stabila trygghet, måste man ha s.k. medmänsklig kompetens för att kunna fatta beslut i linje med och utifrån den enskildes bästa och unika behov

H45:3 (Lunds arbetarekommun) att kommun, region/landsting har hela ansvaret för Ortopediska hjälpmedel

H46:2 (Göteborgs partidistrikt) att motionen bifalls och att den antas av den socialdemokratiska riksdagsgruppen för att verka i motionens anda

H46:3 (Göteborgs partidistrikt) att den socialdemokratiska riksdagsgruppen verkar för att motionen behandlas i sin helhet

H46:4 (Göteborgs partidistrikt) att den socialdemokratiska riksdagsgruppen gör sitt yttersta för att påverka regeringen att göra något radikalt åt denna existerande problematik

H48:1 (Uppsala arbetarekommun) att en obligatorisk chefsutbildning ska införas för nyanställda chefer i äldreomsorgen och att redan verksamma chefer ges möjlighet att komplettera sin chefsutbildning utifrån individuella behov

H49:1 (Kalmar läns partidistrikt) att demensvården och situationen för våra äldre utreds och att säkerhet och trygghet blir satta i fokus

H51:1 (Sollentuna arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för en översyn och anpassning av äldreomsorgsreformen och lagstiftningen

H51:2 (Sollentuna arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för en översyn av biståndsbedömningen och tittar på maximala insatsalternativ

H51:3 (Sollentuna arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för att införa en enhetlig bedömningsmetod, med lägsta garanterade nivå, likt utformningen i socialtjänstförordningen

H51:4 (Sollentuna arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för att endast medicinskt utbildad personal inom hemtjänsten bedriver verksamhet som är kopplad till sjukvård, t.ex. utdelning av mediciner till äldre som är sjuka

H53:1 (Västerås arbetarekommun) att ett statligt finansierat kunskapslyft genomförs inom äldreomsorgen för att höja kompetensen och skapa fler arbetstillfällen

H54:1 (Härjedalens arbetarekommun) att en utbyggnad av närståendepenningen utreds

H54:2 (Härjedalens arbetarekommun) att en utbyggnad av närståendepenning genomförs succesivt

H55:1 (Örebro arbetarekommun) att en utredning tillsätts för att skapa en modern äldreomsorg som bidrar till valfrihet, jämställdhet i alla samhällsklasser

H56:1 (Mölnåls arbetarekommun) att kongressen uttalar sig för en vårdform mellan kommun och region för de gamla som har till uppgift att vårda hela människan när man kommer in i vården

H57:2 (Borås arbetarekommun) att omsorgen om äldre och funktionshindrade får ökade ekonomiska resurser

H57:3 (Borås arbetarekommun) att det skrivs in i lag att äldre och funktionshindrade skall ha stort inflytande över omsorgen och att kommunen alltid måste sträva efter att så få personer som möjligt är verksamma i ett enskilt hem

I79:3 (Borlänge arbetarekommun) att servicehustaken som utvecklats av socialdemokratin görs tillgänglig för fler äldre. Att ändra namn på vårdformer för att kunna frångå en värdig och trygg omsorg avvisar jag. Solidaritetstanken får inte begravas i olika ordridåer

I122:3 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att resurser tillsätts för att utveckla samarbeten mellan kommunernas vård- och omsorg och utbildning och forskning rörande vård och omsorg vid universitet och högskolor

Partikongressen föreslår besluta:

att avslå motionen I110:3

I110:3 (Borås arbetarekommun - enskild) att det är staten som ska sköta denna sektor (ändring av lagstiftningen)

MOTION H41

LANDSKRONA ARBETAREKOMMUN

100 000 tvingas till anhörigvård

Rapporten från Kommunal Hänger din mammas trygghet på dig visar att de resurser som läggs på äldreomsorgen har minskat rejält trots att det blir allt fler äldre. Samtidigt ökar anhörigomsorgen dramatiskt. 100 000 personer har gått ner i arbetstid eller helt slutat arbeta för att vårda sina anhöriga. Den alltmer slimmade äldreomsorgen skjuter över en allt större del av ansvaret och kostnaden för omsorgen till den äldre själv och till deras barn.

Detta är en utveckling som innebär lägre inkomst, minskad pension och mindre fritid för de anhöriga, samtidigt som stad och kommun går miste om stora skatteintäkter när regeringen genom sin

nedskärningspolitik fränsäger sig allt mer av ansvaret för äldrevården. Vi socialdemokrater måste arbeta för att äldreomsorgen måste bli ett attraktivt arbetsområde där personalen känner yrkesstolthet.

Partikongressen föreslår besluta:

- H41:1 att ingen skall känna sig tvingad att hjälpa sina gamla föräldrar för att det saknas offentligt finansierade alternativ av hög kvalitet
- H41:2 att anhöriga till äldre ska kunna gå till jobbet och känna sig trygga med att deras föräldrar har det bra och får professionell vård och omsorg
- H41:3 att mer resurser satsas för att säkra äldreomsorgen som generell offentligt finansierad välfärdstjänst

Jörn Jönsson och Niklas Karlsson

Landskrona arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H42

UMEÅ ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Angående översyn och eventuellt framtagande av ett nytt lagförslag om instiftande av en LVÄ (Lagen om vård av äldre) som bygger på samma principer som LVM, LVU och LPT

Bakgrund

Idag pågår en intensiv debatt inom äldreomsorgen som kanske främst har sitt fokus på vilka driftsformer som skall tillåtas inom vården, dvs. skall den drivas i privat eller offentligt regi, och skall vinster fås tas ut eller inte. Detta är en viktig ideologisk fråga som säkert kommer att diskuteras på kongressen inte minst med tanke på alla de motioner som inkommit i frågan. Vi vill dock med denna motion sätta fokus på en helt annan sida av äldre omsorgen nämligen den att vi idag kan konstatera att många äldre och gamla far illa, men trots detta är ändå vår bestämda uppfattning att de allra flesta äldre ändå lever ur ett livskvalitetsperspektiv ett ganska bra och tryggt liv på sin ålders höst. Vi har en bra äldreomsorg som med vissa justeringar kan bli både bättre och tryggare för såväl de äldre som de anhöriga.

Den grupp av äldre som vi menar far illa gör det inte på grund av dålig vård från sina vårdgivare utan främst på grund av att man inte från början ställt den rätta diagnosen beträffande den äldres fysiska och psykiska status. Detta gäller framförallt de äldre vilka bor i eget boende och som i de flesta fall har behov av kommunens hemtjänst.

Personer som idag drabbas av demens har i praktiken ingen skyddslagsstiftning som kan tillgodose att han eller hon inte utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvar fara, samt kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Som dement kan du med ingen som helst sjukdomsinsikt neka den hjälp och vård som såväl socialtjänst som sjukvården erbjuder. De lagar som idag finns avseende tvångsvård används inte eller

mycket sällan på dementa, detta trots att det många gånger finns ett alkoholmissbruk med i bilden. LMV lagen använder sig socialtjänsten inte av eftersom man anser att problemet ligger i demenssjukdomen, LPT vill inte heller sjukvården använda sig av eftersom man inte klassar demens som en psykisk sjukdom,

Därför saknas en LVÄ (Lagen om vård av äldre). Denna lag skall inte uppfattas som ett hot om tvångsåtgärder utan ses som en trygghet för den äldre att få sina behov tillgodosedda.

Vi menar att en LVÄ (Lagen om vård av äldre) bör grunda sig på samma grundprinciper som både LVU (Lagen om vård av unga), LVM (Lagen om vård av missbrukare) samt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) och där den röda tråden är att personer som utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, samt kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående och inte på frivillighet vill ta emot den vård och hjälp som erbjuds skall kunna tvångsvårdas enligt LVÄ

Vi menar att det måste bli tvingande för profession eller den anhörige som kommer i kontakt med den demente att anmäla till socialtjänst att personen ifråga far illa och att en utredning skyndsamt påbörjas för att utreda vilket behov av vård och omsorg som den demente har behov av och om detta inte kan tillgodoses på frivillig väg eller genom gemensamma överenskommelser skall kunna ske genom tvång, precis som förhållandet är när det gäller anmälningskyldigheten när barn far illa.

När den äldre själv inte kan ta ansvar förs sitt eget välbefinnande så bör alltid en god man eller förvaltare finnas med vid bedömningen av den äldres fysiska och psykiska status. En god man eller förvaltares samhällsuppdrag ligger helt i linje med intentionerna i såväl LVU, LVH och LPT och kommer då också att bli synkront med en kommande LVÄ

Godmanskap är ett uppdrag som innebär att den gode mannen utför uppgifter för någons räkning. Uppdraget är viktigt eftersom tanken med det är att alla i Sverige ska få lika rätt oavsett förmåga. Den som har fått en god man eller förvaltare kallas huvudman.

Partikongressen föreslår besluta:

H42:1 att det Socialdemokratiska partiet verkar för att en lagöversyn görs i motionens anda

Owe Persson och Mikael Rubin

Umeå arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H43

SANDVIKENS ARBETAREKOMMUN

Bostadsanpassningslagen

Bostadsanpassningslagen är en krånglig och snårig lagstiftning. Människor som råkar ut för olyckshändelser eller sjukdom som behöver bostadsanpassa sitt boende, ställs inför svåra beslut skall vi bygga om mitt nuvarande boende till en stor kostnad för samhället eller ska jag bygga nytt utan att få ta del av någon eller liten hjälp från samhället.

Traumat är stort i dessa situationer, utredningen ofta lång och komplicerad, får jag bestående men eller kan jag bli bättre, i denna tid skall jag som enskild med min eventuella familj ta diskussion om hur vi kan lösa boendet både på kort sikt som på lång sikt.

Jag har en önskan att man såg över lagen ur samhällsekonomiskt synvinkel samtidigt som man kan ta hänsyn till den enskilde personens önskemål och behov. Jag önskar att man kunde få till en mer moderna lagstiftning som skulle kunna gynna både den enskildes behov och önskingar som samhällets resurser på bästa sätt.

Partikongressen föreslås besluta:

H43:1 att Socialdemokraterna tar tag i detta problem för att delta i en förändring och en översyn av bostadsanpassningslagen utifrån motionärens intentioner

Marie Frestadius

Sandvikens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H44

STOCKHOLMS PARTIDISTRIKT

Folkhälsa för äldre

Varför behövs det en strategi för Folkhälsa för äldre?

Varför behövs en särskild strategi för den äldre befolkningen? De är väl som folk är mest – bara äldre?

Att bli äldre, och därefter gammal, är för de allra flesta en långsam process där behoven av hjälp från andra gradvis kan bli större. Lever du tillräckligt länge, blir du äldre och kanske också gammal.

Vill vi att alla ska bli gamla? Har vi ett samhälle som glädjer sig över sina äldre och gamla? Är vi stolta över att ha haft ett samhälle som gjort det möjligt att många idag blir 100 år och äldre? Ser vi med respekt på varandra? Och tas äldres engagemang, erfarenhet och kunskap tillvara i olika beslutande representativa beslutande församlingar?

Många äldre och gamla lider av känslan av diskriminering. ”Det känns som de ser ner på mig bara för att jag är äldre”, säger en gammal man. ”De tror att jag inte kan tänka själv, att jag inte själv vet vad jag vill och inte själv kan fatta beslut”, säger en gammal kvinna, ”trots att jag arbetat och fattat beslut hela livet, uppfostrat mina barn och till viss del även mina barnbarn”. ”Jag förstår inte det svenska samhället”, säger en äldre invandrad man, ”för i mitt hemland högaktar vi äldre och lyssnar till deras erfarenheter.”

Uttalandena illustrerar att en god folkhälsa bland äldre kräver breda åtgärder som undanröjer orsakerna till att många känner sig diskriminerade. Äldre måste bemötas som de individer de är. Många kan trots hög ålder fortsätta att bidra till ett bättre samhälle. Grunden för en socialdemokratisk strategi för bättre folkhälsa bland äldre måste bygga på allas människors lika värde.

Äldres hälsa och omsorgen om äldre – liksom barns hälsa och omsorgen om barn och unga – är inte bara den äldres och de anhörigas angelägenhet. Det är en angelägenhet för alla i samhället. Dessa grundläggande frågor bör diskuteras vidare inom vårt parti.

I. Situationen för äldre i dagens Sverige

Många äldre ser fram mot pensioneringen. För dem innebär troligen de första 10-15 åren av tiden som pensionär att man är fri: man kan gå kurser, resa, ägna sig åt motion och njuta av livet på olika sätt. Men andra känner oro och ibland ångest inför pensioneringen. En oro som främst gäller ekonomin, boendet och hälsan. Kommer pensionen att räcka för det boende man önskar? Kommer man att ha råd med det liv man vill ha? Får man vara frisk? Kommer man att bli ensam? Kommer man att ha råd att gå med i föreningar och gå kurser? Kommer man att ha råd med resor etc? Pensionärer med de lägsta inkomsterna känner mest oro för ensamhet när man lämnar arbetslivet – de som inte har råd med många nöjen - om de har råd med några alls. De känner oro för ålderskrämpor och om de kan bo kvar hemma om de blir sjuka. Vad händer om man blir kroniskt sjuk? Vem hjälper mig då?

[Diagram borttaget av formateringsskäl]

Förutsättningarna är med andra ord mycket olika för olika pensionärer. De klasskillnader som finns i samhället under den yrkesaktiva tiden blir ofta än mer påtagliga efter pensioneringen. Särskilt gäller det de ekonomiska förutsättningarna. De som har haft den lägsta inkomsten har också ofta haft de tunga och stressiga jobben, vilket för många leder till sämre hälsa och kortare livslängd än vad pensionärer med goda inkomster har. Ofrivillig deltid är kvinnofällan som följer kvinnor hela livet; låg lön – låg pension.

Anhöriga känner också oro för föräldrar, andra släktingar och närstående. De känner särskilt oro inför vad som ska hända om en eller båda föräldrarna blir sjuka och behöver vård och omsorg. De allra flesta är friska och pigga fram till 80-85 års ålder. Men när äldre blir sjuka och behöver vård och anhöriga inte har möjlighet att hjälpa dem i den utsträckning som skulle behövas, då drabbas de anhöriga ofta av dåligt samvete. En känsla som efter en tid kan gå över i skuld känslor och i vissa fall ångest. Att då mötas av både myndigheter och enskilda med moraliska anspelningar på att de borde ta hand om sina gamla föräldrar, förstärker dessa känslor. Äldres hälsa och omvårdnad påverkar därmed hälsan även för anhöriga.

I ett samhälle där andelen pensionärer ökar blir hälsan allt viktigare ur såväl ett mänskligt som samhällsekonomiskt perspektiv.

Definition av begreppet folkhälsa

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara jämlik.

Hälsa är ett begrepp som det är svårt, enligt vissa till och med omöjligt, att definiera. Hälsobegreppet har utvecklats från att enbart innebära frihet från sjukdom och god fysik, till att också omfatta socioekonomiska resurser och psykiskt välbefinnande. Resonemanget innebär att man kan ha en kronisksjukdom eller leva med ett funktionshinder och ändå uppfatta sig/anses ha god hälsa och vice versa. I många sammanhang mäts hälsa genom att fråga hur individen i fråga själv uppfattar sin hälsa.

Många tänker först på individuella faktorer som ärftlighet eller vanor (livsstilsfaktorer) när man diskuterar vad hälsa är. Men hälsan påverkas inte bara av faktorer som är relaterade till individen, utan även av den närmsta omgivningen och samhället i stort.

Ärftlighet, ålder och kön är exempel på individuella faktorer. En persons sociala nätverk utgör en annan faktor. Begreppet socialt kapital anges ofta som en av förklaringarna till skillnader i hälsa. Det kan beskrivas som det kitt vilket håller samman individerna i ett samhälle. Begreppet kan hjälpa oss att förstå hur både boendemiljöer och individ- och familjeförhållanden delvis kan förklara den sociala ojämlikheten i hälsa.

Kulturellt kapital är ett annat sådant teoretiskt begrepp, myntat av den franske sociologen Bourdieu. Bestämda sorters fritidsvanor, konsumtion, och värderingar kan samvariera och bilda livsstilar. Genom denna modell kan man relatera livsstilar, till olika samhällsgruppers skilda bakgrunder. En persons kulturella kapital har således också betydelse för folkhälsan. Det är t ex lättare att äta hälsosam mat och röra på sig om dessa livsmönster stämmer överens med det kulturella kapital man har gemensamt med den grupp man i samhället tillhör.

En intensiv forskning kring bl a uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar har visat att sättet vi organiserar såväl arbetet som samhället i stort har betydelse för hur vi mår och vilka sjukdomar vi drabbas av. Idag är det sålunda väl belagt vilken inverkan stress i arbetet har på vår hälsa. Men det är även sedan länge känt att det finns starka samband mellan samhälls- och hälsoutveckling. Livsvillkor i stort, liksom vad man brukar kalla strukturella faktorer påverkar alltså vår hälsa. Med strukturella faktorer avses förhållanden som handlar om hur samhället är organiserat. Härmed avses t ex den yttre miljön, demokratiska rättigheter, utbildningssystem mm.

Levnadsvanor vad gäller t ex kosthållning, fysisk aktivitet, sömn, alkohol- och tobakskonsumtion eller sexuell aktivitet, är faktorer som individen har stora möjligheter att påverka själv. Motivationen till sunda levnadsvanor kan dock som beskrivits ovan vara beroende av omgivningen. Det är väl dokumenterat att levnadsvanorna på befolkningsnivå är relaterade till grupp-, klass- och könstillhörighet. Med andra ord påverkas vanorna av socioekonomiska faktorer som till exempel utbildning, sysselsättning, social position, inkomst, etnisk bakgrund och bostadsområde. Detta avspeglas bl a i att medellivslängden är 5-10 år kortare i låginkomstkommuner i jämförelse med höginkomstkommuner. (Se vidare under avsnittet stora skillnader i livslängd.) Folkhälsans perspektiv är mycket vidare än att förbättra sjukvården.

Folkhälsan bland äldre är hela samhällets angelägenhet
Vi vill här först slå fast att äldres hälsa och omsorgen om äldre – liksom omsorgen om barn och unga – inte bara är de äldres och anhörigas angelägenhet. Det är en angelägenhet för alla i samhället.

En god hälsa för äldre innebär att de lättare kan styra och hantera sina liv. Socialdemokratins uppgift måste vara att bidra till att skapa förutsättningar för ett värdigt, tryggt och meningsfullt liv för de äldre. Men också ett stimulerande och hälsofrämjande liv genom insatser som underlättar för äldre att på olika sätt ha möjlighet att göra hälsosamma val. I ett samhälle där andelen pensionärer ökar blir hälsan allt viktigare ur såväl ett mänskligt som samhällsekonomiskt perspektiv.

Ökningen av andelen äldre

Andelen äldre i befolkningen ökar och kommer att öka under de kommande decennierna. Det beror främst på de stora barnkullarna på 1940-talet, men också på att medellivslängden har ökat vilket är en

mycket positiv utveckling. På några decennier har antalet hundraåringar i Sverige tiofaldigats. År 2017 kommer det i Stockholm att finnas nästan 140 000 personer över 65 år. Men utvecklingen vad gäller dödlighet är inte bara positiv, framförallt inte ur ett klass- liksom ur ett genusperspektiv.

Det har varit känt i närmare 50 år, att Sverige inom några år kommer att få problem med befolkningsstrukturen. En ovanligt stor andel av befolkningen kommer att gå i pension. Till en början blir det i huvudsak problem på arbetsmarknaden genom arbetskraftsbrist, som bland annat kommer att påverka tillgången till omsorgs- och vårdpersonal. Från 2025 och framåt blir alltfler 40-talister över 80 år och därmed allt mer vårdkrävande. Strax därefter börjar deras egna barn gå i pension. Eftersom födelsetalen sjunkit successivt under de senaste decennierna, innebär det att problemen växer med tiden.

Ökningen av medellivslängden beror bl.a. på att den medicinska vetenskapen och vården har utvecklats mycket. Detta har medfört att det är allt fler som är friska långt upp i åldrarna. De allra flesta kan se fram emot många friska år som pensionärer.

De sjukdomar som bara för 25-30 år sedan ledde till döden överlever de flesta idag genom stora och viktiga vårdinsatser. Det gäller sjukdomar som cancer, stroke, hjärtinfarkt m.fl. Det är en glädjande utveckling. Men i och med att vi idag överlever sådana sjukdomar ökar vårdbehovet hos dem som drabbas. Vi har därför också många fler äldre som har stort behov av operationer, vårdinsatser efter akuta behandlingar och därefter hemtjänst eller särskilt boende. Därför ökar behovet av insatser inom vård och omsorg. Även behandlingar av andra sjukdomar leder till att äldre blir friskare högre upp i åldrarna. Det gäller t ex många som har artros. Sådana åkommor medförde tidigare ofta svår värk och stora rörelseproblem. Idag kan de drabbade i stort sett leva på samma sätt som innan de blev sjuka tack vare de många höftleds- och knäledsoperationerna som nu utförs. Gråstarrsoperationer är ett annat sådant positivt exempel.

Den demografiska utvecklingen, de medicinska framstegen och den förbättrade vården samt påföljande krav på standardförbättringar inom vård och omsorg kommer oundvikligen att innebära att kostnaderna för sjukvård och omsorg kommer att öka kraftigt. Fler kommer också att leva ensamma. Länder där äldre kvinnor lever längre än i Sverige är präglade av familjesystem där döttrarna eller svärdöttrarna tar hand om de äldre kvinnorna. Detta väcker tanken på om ifall inte de minskade offentliga resurserna innebär att både sjukvården och omsorgen om de äldre kvinnorna blir för svag .

Vi står således inför stora omställningar under kommande decennier. Detta kommer att ställa samhället inför svåra ställningstaganden om prioriteringar inom hela det offentliga åtagandet inom omsorg och vård. I detta sammanhang är det av största vikt att de grupper som har svårt att göra sin stämma hörd inte drabbas. Men det är också viktigt med tidiga hälsofrämjande insatser så att alla kan få ett så långt och meningsfullt liv som är möjligt. I ett samhälle där andelen pensionärer ökar blir hälsan allt viktigare ur såväl ett mänskligt som samhällsekonomiskt perspektiv.

Stora skillnader i livslängd

Det råder stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Det gäller dels geografiska skillnader, dels skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Av Folkhälsorapporten 2010 för Stockholms län framgår att de socioekonomiska skillnaderna mellan kommunerna i länet fortfarande är stora och skillnaderna i medellivslängd har ökat mellan mätningarna 2005 och 2009. De positiva förändringar som kan observeras har skett i de områden som redan tidigare hade en bra situation. Vidare finns liksom

tidigare stora hälsoskillnader mellan födda i Sverige och utrikes födda. Hälsoskillnaderna som noterats mellan dem som är födda i landet och övriga kan till viss del kopplas till skillnader i inkomst, utbildning och livsvillkor, men uppenbarligen finns det faktorer bland grupper av utrikes födda som slår igenom på ett stort antal hälsofall.

Äldre invandrare och vården

Svenska studier visar att invandrare i Sverige har sämre hälsa än de som är födda här. Några av orsakerna till ohälsa bland äldre invandrare i Sverige kan förutom att de emigrerat och troligen upplevt olika typer av trauma, är att de känner sig ensamma, att de har svårt med språket, att de inte kan påverka sin situation och upplever stress.

För att lättare förstå en del av invandrares livsvärld krävs en ökad kännedom hos personalen inom vården hur dessa människor upplever sin situation i stort samt hur de upplever sin hälsa. Utbildning i bemötande av äldre från andra länder måste stärkas och tillgång till vård och omsorg på hemspråket måste utvecklas. Därutöver bör vård- och omsorgsutbildningarna belysa mer om invandrares upplevelser av bemötandet i vården liksom om de vanligaste symtomen och komplikationerna som kan uppstå på grund av att man emigrerat och de mycket smärtsamma upplevelser man ofta har med sig i bagaget. Genom sådan kunskap skulle personalen inom vård och omsorg kunna arbeta mer förebyggande och förhindra ohälsa på ett tidigt stadium.

Äldre HBT- och transpersoner

Även dessa människor har sämre hälsa än övriga befolkningen. Inte minst gäller det de äldsta vilka kanske kom ut i ett mycket mindre öppet samhälle än idag och som därmed har sämre sociala nätverk och sämre trygghet i sin identitet än yngre hbt-/transpersoner.

Det är därför viktigt att personal inom vård och omsorg för äldre har kunskaper och förståelse om dessas livssituation och dess särskilda problematik. Ingen hbt-/transperson ska känna sig stressad ”att kliva tillbaka in i garderoben” utan bli bemött på ett gott, respekterande och jämlikt sätt. Det bör även finnas särskilda äldreboenden med hbt-certifierad personal för denna grupp samt möjlighet att bo tillsammans med sin livskamrat av samma kön.

Äldre med dålig ekonomi

I jämförelse med tidigare, har äldre fått ett mycket bättre liv, men mer kan göras. Många äldre lever under knappa förhållanden. På grund av låga inkomster under yrkeslivet har de inte haft möjlighet att lägga undan besparingar. De klasskillnader som finns i yrkeslivet blir mer påtagliga vid pensioneringen.

En stor skillnad i äldres ekonomiska situation går mellan dem som lever i par och ensamstående. De som lever i parförhållanden har i regel bättre ekonomi. Kvinnor lever längre och det finns fler ensamboende kvinnor. De har också oftast lägre pension än männen. Även många äldre med utländsk bakgrund har dålig ekonomi. De har kommit till Sverige under sin förvärvsaktiva tid och inte hunnit arbeta så många år i landet eller har endast varit förvärvsaktiva under kort tid/arbetslösa och får därför en lägre pension. Enligt uppgifter från SCB saknar ungefär 90 procent av både männen och kvinnorna som är utlandsfödda och födda 1940 tjänstepension. För personerna födda 1930 har ungefär 80 procent av kvinnorna och 85 procent av männen tjänstepension. Bland de äldre utan tjänstepension utgör pensionen

i genomsnitt cirka hälften av den tidigare inkomsten. Eftersom det är ett genomsnitt har många en klart lägre pension.

Skatten har blivit högre och pensionen lägre.

Dålig ekonomi påverkar hela livssituationen. Det påverkar vilket boende man har, hur mycket man kan satsa på bra mat, om man har råd att gå till läkare och att hämta ut mediciner, om man har pengar till att gå på olika former av motionsaktiviteter, gå med i föreningar, gå några kurser eller resa. Enligt vissa utredningar lever cirka 20-25 procent av alla pensionärer på eller under fattigdomsgränsen.

Investeringar i äldre lönar sig både för den enskilda och för samhället

Tidigare studier hävdade att i takt med att vi blev äldre så minskade behoven av stimulans. Äldre antogs vara svaga, sjuka, slitna och ha förlorat en hel del av sin kompetens och må bäst av en lugn miljö där de fick vila. Tyvärr har detta synsätt länge präglat vårt samhälles syn på åldrandet! Senare forskning, såväl svensk som internationell, visar att denna bild inte stämmer. Tvärtom visar forskningen att många funktionsnedsättningar är effekter av att äldre lägger sig till med en passiv livsstil.

Forskning visar också att ensamhet och social understimulering är en kraftig riskfaktor för äldre medan fysisk träning förlänger oberoendet och gör att äldre kan klara sig själva i ytterligare 8-10 år. Träning kan också halvera risken för stroke, minska risken för flera cancerformer, högt blodtryck med mera. Genom träning kan man få en rad positiva effekter på sjukdomar som artrit (reumatisk värk), benskörhet, stressrelaterade sjukdomar, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, för hög eller låg kroppsvikt. Idag kan man hos läkare få recept på fysisk aktivitet och hjälp att förbättra egenvården. Hos äldre minskar fysiska förmågor snabbare än hos yngre vilket innebär att de måste vara aktiva oftare och därför måste erbjudas och delta i regelbunden verksamhet.

Av alla som är 65 år och äldre så är det endast 9 procent av befolkningen i åldersgruppen som får hemtjänst och 5 procent som bor i särskilda boendeformer (som är biståndsbedömda). Av alla 80 år och äldre har 23 procent hemtjänst och 14 procent biståndsbedömda. Övriga äldre klarar sig själva. Hur de har det och hur de mår vet vi litet om, men det vore klokt att investera i förutsättningar för den enskildes egen planering och egna ansvarstagande för ett aktivt åldrande. Det skulle både individen och samhället tjäna på.

Socialdemokratins yttersta strävan ska handla om att alla ska kunna må så bra som det är individuellt möjligt och känna välbefinnande. Detta oavsett om man har en sjukdom eller en funktionsnedsättning. En god hälsa innebär att känna meningsfullhet i tillvaron, att ha ork och att kunna styra och hantera sitt liv efter de förutsättningar man har. För att partiet ska kunna leva upp till detta måste ett antal förutsättningar, vilka beskrivs närmare i nästa avsnitt, vara uppfyllda.

II. Förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa bland äldre

En bra förberedelse för livet som pensionär

Insatser i arbetslivet före pensioneringen

Vi lägger grunden för vår tid som pensionär under vårt förvärvsaktiva liv. Livet som vi har haft speglar hur vi får det som äldre. De sista åren i arbetslivet kan vara påfrestande för en del äldre med t ex förslitnings- eller olycksfallsskador, stress och lågt inflytande i arbetet. Detta påverkar tiden som pensionär

både psykiskt och fysiskt. Personer med fysiskt tunga arbeten eller arbeten med stor stress har en kortare livslängd.

Nedtrappning av arbetstiden

En lämplig anpassning till ett liv som pensionär kan för många vara en successiv nedtrappning av arbetstiden det eller de sista åren av arbetslivet. Alla har dock inte den möjligheten idag. Det är också svårt att få fram uppgifter om vad en sådan nedtrappning innebär ekonomiskt för individen.

De äldre i arbetslivet har ofta stor kunskap om yrket, som kunde komma de oerfarna till del genom handledning. Detta leder till en bättre inskolning av nyanställda unga; samtidigt kan man undvika fysiska och psykiska förslitningsskador hos äldre vilka också får ett mer värdigt slutskede på arbetslivet. Äldre blir på så sätt en del av kompetensutvecklingen på arbetsplatsen och de unga får en bättre inskolning.

Pensioneringen

Pensioneringen innebär att hela livet förändras. Att gå i pension är en stor och för många svår omställning. De naturliga sociala kontakterna med arbetskamrater försvinner och därmed en stor del av det sociala nätverket. De flesta får skaffa sig nya sociala kontakter och nätverk, vilket inte alltid är så lätt. De ska också hitta sysselsättning som motsvarar 9-10 timmar per dag – den tid de tidigare vistats på jobbet samt resor till och från. Samtidigt minskar inkomsten. Det kan vara svårt att inrätta sig i den nya situationen och för många leder det till både social och fysisk inaktivitet. Detta leder i sin tur till isolering och sämre hälsa.

Det är också mycket svårt att före pensioneringen ta reda på hur mycket man får i pension både åren innan och efter 65 år. Om man slutar i förtid eller trappar ned sin arbetstid de sista åren minskar ålderspensionen. Uppgifter om grundpensionen (enligt det orange kuvertet) får man årligen från Försäkringskassan, men det är svårt att få en samlad bild av den totala pensionen, speciellt om man har haft många olika anställningar.

Ett bra boende

Bostaden och dess kvaliteter är avgörande för hur bra livet som äldre kan bli. Bostaden kan vara förutsättningen för en trygg och aktiv tillvaro med tillgång till många valmöjligheter, men den kan också bli som ett fängelse, där brister i service och fysisk tillgänglighet spärrar valmöjligheterna. Skillnaden kan avgöras av ett antal trappsteg och/eller en hiss.

Den absoluta merparten av äldre bor idag, och kommer under överskådlig tid, att bo i det befintliga ordinära bostadsbeståndet, också med tilltagande rörelseproblem. I stora delar av det bostadsbestånd som är byggt före slutet på 1970-talet är det oftast inte ekonomiskt realistiskt att förbättra tillgängligheten till nybyggnadsstandard. Förbättringar som ökar framkomligheten för äldre med visst rörelsehinder, är däremot nästan alltid möjliga att åstadkomma.

Det krävs en framsynt planering för att dagens och framtidens äldre ska slippa problem med trappor i hus utan hiss samt dåligt anpassade bostäder. Det handlar långt ifrån alltid om att nyinstallera hiss. Med relativt enkla åtgärder och i samband med ordinarie underhålls- och upprustningsarbete kan den fysiska tillgängligheten i landets flerbostadshus bli betydligt bättre. Detta till gagn för en mycket stor grupp äldre.

Utförsäljningen av hyreslägenheter har på många håll, inte minst i storstadsområdena, drastiskt minskat tillgången till bostäder ”för alla” och därmed försvårat möjligheten för äldre med begränsad ekonomi att

byta till en bättre anpassad bostad. Genom att stimulera byteskedjor eller liknande för att underlätta omflyttning kan bli bostadsföretag och bostadsförmedlingar göra det lättare för äldre att få tillgång till en bättre anpassad bostad.

I takt med stigande ålder ökar för många behovet av service, vård och omsorg. När inte hemtjänstens insatser räcker är servicehusen, med sin biståndsbedömda högre omsorgsnivå, ett alternativ. För den som utan biståndsbedömning vill öka tryggheten i sitt boende finns en marknad med olika typer av seniorboenden och trygghetsboenden. De senare erbjuder social stimulans och ökad trygghet men till en idag alltför hög kostnad för många. Äldreboenden med dygnetruntomsorg och för olika intressegrupper ska finnas tillgängliga när kroppens krafter inte längre klarar ett självständigt boende.

Hysesnivån är ett stort, ofta avgörande, hinder för stora grupper att kunna efterfråga en bostad i såväl trygghetsboende som i övriga nyproducerade hus. Den samhällsekonomiska vinsten av att fler äldre kan förlänga ett självständigt liv i ordinarie boende är sannolikt så stor att den skulle motivera ett utökat bostadsstöd till äldre med låga pensioner.

Äldre ska ha tillgång till bra och funktionsdugliga bostäder, och för att nå dit behövs ett gediget bostadspolitiskt program.

Rätt till självbestämmande och ett stimulerande liv

Under de första åren som pensionär är de flesta friska och pigga även om en del ålderskrämpor gör sig gällande. En viktig förutsättning för ett gott liv är dock att man har en bra bostad, en ekonomi som gör att man kan äta bra, umgås med vänner, delta i fysiska och kulturella aktiviteter, gå på kurser, resa etc. För att kunna leva ett sådant liv, fordras möjligheter till sociala kontakter, tillgång till kulturell verksamhet, frisk luft och motion samt kontakt med naturen. För att underlätta förverkligandet av ett sådant liv bör avgifter för kollektivtrafiken sänkas kraftigt för äldre. En modell för detta vore att låta pensionärer färdas gratis med kollektivtrafiken förutom i rusningstid måndag – fredag.

Sociala kontakter

Det sociala nätverket är betydelsefullt inte minst när man går i pension och lämnar sin arbetsplats eller när livspartnern blir sjuk eller avlider. Flera studier visar att hög aktivitetsnivå för äldre minskar sjukdomar och skjuter upp dödligheten. Men sådana aktiviteter kostar ofta för mycket för den enskilde. Alla föreningar har medlemsavgifter. Ska man sedan följa med på aktiviteter kostar detta. Avgifterna för kurser inom till exempel bildningsförbunden är oftast mellan 1 500 och 2 000 kronor även med pensionärsrabatt. Med låg pension, är sådana utsvävningar inte möjliga. Endast 20-25 procent av alla äldre är med i en pensionärsförening. De som är med där får viss information om olika aktiviteter. De som inte är med i någon förening alls, får själva söka efter information som kan vara av intresse. Idag lämnas en stor del av sådan information endast på nätet. Många av våra äldre, särskilt de som är över 80 år, är idag inte tillräckligt kunniga om hur de ska leta på nätet, om de är datakunniga alls. Alla har heller inte en dagstidning. Hur ska de då nås av vilka sociala aktiviteter som finns? Kostnaden hindrar många från att delta i kurser. Det finns ett bra samarbete mellan ABF och pensionärsorganisationerna om kursverksamhet för äldre. Men kostnader för kurslokaler och föreningslokaler är oftast höga. Ett viktigt krav, som också framförts av pensionärsorganisationerna, är därför att kommunen och landstinget subventionerar lokaler för kurser och föreningsaktiviteter och liknande verksamhet för äldre – eller helst

upplåter egna lokaler gratis. Det skulle sänka kostnaderna och göra det möjligt för fler äldre att delta i aktiviteter. Det skulle också underlätta äldres medverkan i politik och övrig samhällsutveckling. Det finns försök med ”fritidsgårdar för äldre” med träningsredskap och möjlighet till gemenskap. Vidare finns det samlingsplatser för äldre med boulevards, minigolf m.m. samt möjligheter att fika och umgås. Det behövs fler sådana samlingspunkter. Det behövs också andra träffpunkter där äldre kan träffas och prata.

Kulturell verksamhet

Under de senaste åren har ett flertal forskningsprojekt kommit fram till att kulturell stimulans främjar både den fysiska och psykiska hälsan. Behovet av vård flyttas framåt eller minskar. För äldre som bor på olika former av äldreboenden saknas ofta stimulans. Många bara bor där, och sitter hela dagarna och väntar på måltiderna. Det är viktigt att ett rikt utbud av kultur erbjuds.

Kultur i alla former, som deltagare eller åhörare, är viktigt för människor i alla åldrar. Som en del av en ny kulturpolitik bör en särskild satsning göras på äldre människor både i form av uppsökande verksamhet på äldre- och demensboenden och som möjlighet för äldre att ta del av utbudet samt främja ett ökat utbud av kulturella och språkligt inriktade dagcentra.

Exempel på hur man från kommunen och föreningar kan öka aktiviteten bland äldre kan hämtas från Umeå där man genomfört ett omfattande program som kallas Kultur för äldre. Kommunen anordnar inte själv aktiviteter utan uppmanar föreningar, kyrkor, m fl att anordna lämpliga sådana. De äldre kunde efter fem år välja mellan över 6 000 aktiviteter, både fysiska, sociala och kulturella. Som exempel kan nämnas att skolor samverkar med äldreboenden genom luciafirande, firande av nationaldagen etc, elever från högstadiet lär äldre datakunskap. Simhallarna reserverar vissa tider för äldre.

En effektiv vinterväghållning ger möjligheter att röra sig vintertid för social samvaro och för friskvård året runt.

Frisk luft och kontakt med naturen

Äldre som inte själva kan gå ut, ska erbjudas att få hjälp att komma ut. Det är idag väl dokumenterat att tillgång till och vistelse i park- och trädgårdsmiljöer ökar människors välbefinnande. Inom äldreomsorg och rehabilitering anses trädgårdsaktiviteter vara särskilt effektiva som friskvårdande insatser. Det är därför väsentligt att bevara och utöka tillgången till park- och trädgårdsmiljöer, och särskilt i anslutning till äldreboenden samt inrätta rehab-trädgårdar och värna om alla former av bostadsnära trädgårdsodling. Så kallade lekplatser för äldre ska ses som en investering och inte som en kostnad.

Den fysiska miljön ska underlätta framkomlighet. För detta krävs en anpassning av promenadvägar så att de är tillgängliga för äldre och funktionshindrade, bland annat med ramper där det idag bara finns trappsteg, vilka hindrar personer med rullatorer och rullstolar. Vidare bör det finnas bänkar vid promenadvägar, toaletter för handikappade vid friluftsområden m.m.

Rätt att vara samhällsmedlem

Förutom mer grundläggande behov - bland annat innefattande ”skaplig” ekonomi, en god bostad, trygghet i vardagen och möjlighet till social samvaro - vill vi i alla åldrar kunna välja ett aktivt, stimulerande och hälsofrämjande liv. I detta ingår att bli bemött som den individ man är och med de unika erfarenheter som varje människa har. Men även att bli betraktad som en människa med resurser vilka kan komma

samhället till del. Äldres erfarenheter av att vara människa och samhällsmedlem under olika skeden i livet gör att många trots hög ålder kan fortsätta att bidra till det bättre samhälle socialdemokratin vill bygga. I detta ingår, förutom att ha möjlighet att fortsätta arbeta i den utsträckning man önskar även efter 67 år, att ha en reell möjlighet att delta i representativa organ som fattar olika typer av beslut.

År 2020 beräknas 21 procent av Sveriges befolkning vara 65 år eller äldre. Andelen av nyvalda riksdagsledamöter som var 65 år eller äldre när de valdes in i riksdagen vid valet 2010 var 2 procent. Om dessa andelar ställs i relation till varandra framkommer att gruppen 65+ knappast är representerad över huvud taget i rikets högsta beslutande organ. Vilken signal ger det? Och vilka erfarenheter tas på detta sätt inte till vara? Att öka representationen av yngre och andra underrepresenterade grupper får inte innebära att ungefär en femtedel av befolkningen utestängs från delaktighet i organ där viktiga samhällsbeslut fattas.

Goda måltider kännetecknade av socialt och kulturellt umgänge.

Bättre måltider

Mat och social samvaro hänger ihop från det vi föds och långt upp i åldrarna. Helger firas med speciell mat, födelsedagar med tårta och när vi ska umgås så äter vi en matbit tillsammans. På arbetet äter vi oftast gemensam lunch, vare sig vi går ut och äter, eller tar med oss mat och äter i en gemensam matsal. Viktiga möten i arbetslivet kombineras med mat. Familjer försöker att äta en gemensam middag.

Men äldre personer omfattas inte av detta mönster. Maken/makan eller sambon har kanske dött eller är sjuk. Fortfarande finns bland en del äldre män bristande kunskaper om matlagning. Vännerna som man tidigare åt tillsammans med, är sjuka, orkar inte eller har inte råd att gå ut och äta. Därför sitter många äldre hemma och äter ensamma.

Om de äter upp maten som levererats, får de i regel den näring de behöver men avsaknaden av gemenskap och doften av matlagning gör att maten inte smakar. I den allmänna debatten om äldres måltider, pratar man inte om detta, utan räknar istället ut hur mycket näring en äldre ska få i sig. Hemsänd mat är beräknad på näring för ett mål mat, men många äldre delar, på grund av dålig ekonomi eller dålig aptit portionen i flera mindre portioner och får då alldeles för lite näring, vilket kan leda till bristsjukdomar. Vi vet att många äldre måste tas in på geriatrisk klinik just pga behov av näringstillförsel.

Många gånger diskuteras också äldres mat utifrån att just gruppen äldre skulle ha några särskilda önskemål om sin kost. Man antas plötsligt vilja ha gammeldags mat som pölsa, rotsaker och svagdricka.

Men äldre är som befolkningen i övrigt, individer med olika önskemål. Det viktigaste är dock att koncentrera sig på den sociala situationen vid måltiden. I en trevlig miljö, äter man mer. Det gäller alla. Måltiden är för flertalet äldre den viktigaste händelsen på dagen.

Individanpassad omsorg på lika villkor.

Samma rättigheter och möjligheter

Det är dags att ge äldre samma rättigheter och möjligheter som för barnen. Det måste vara den äldres behov och önskemål som styr och inte kommunens behovsprövning utifrån hur kommunens ekonomi ser ut. Behovsprövningen är de sista resterna av ett fattigsamhälle. Många äldre upplever att de måste vända ut och in på sina liv för att någon annan ska bedöma vilka deras behov är. Det är också på så sätt att det ofta/alltför ofta är i budgets för äldre som minskas då kommunens ekonomi blir ansträngd.

Hemtjänst med stort inflytande för den enskilde och utan nuvarande detaljstyrning

Äldre måste få mer inflytande över sin livssituation, tills förmågan flytt. Det bör i högsta grad också gälla biståndsbedömningen. Likaså bör pensionärsorganisationerna delta mer i utformandet av kvalitetskrav och uppföljningar, samt i diskussioner om hur certifiering av utförare inom äldreomsorg och -vård ska ske och vilka som ska få utföra omsorgen och vården.

Idag gör biståndsbedömaren en mycket detaljerad bedömning av äldres behov av hjälp liksom av tidsåtgången. Detta är integritetskränkande och ett omyndigförklarande av enskilda äldre och kan tolkas som en rest av det gamla fattigvårdssystemet. Hemtjänst skulle exempelvis kunna ges enligt den s.k. ”Linköpingsmodellen”, vilken bygger på värderingar om att äldreomsorgen måste bli en allmän och generell insats. Modellen gäller alla som är 75 år eller äldre. Detta är enda kriteriet för att utan särskild prövning få köpa bosome (städning, tvätt och inköp) sammantaget upp till 6 timmar per månad samt larm. För att få hemtjänst i form av personlig omvårdnad (personlig hygien, påklädning, hjälp vid måltider, social samvaro, ledsagning, tillsyn m m) görs tillsammans med utföraren av hemtjänsten en bedömning om behov av hjälp. Ett serviceavtal och en genomförandeplan beskriver vilken hjälp man kommit överens om. Den enskilde får därigenom möjlighet att på ett enkelt sätt få hjälp med det man behöver, efter samråd med personalen inom t ex hemtjänst, samt rådgivning, stöd och rehabilitering. Inom detta regelverk ges den enskilde ett stort mått av inflytande och egenstyrning. Modellen innebär också att personalen får ta mer ansvar för hjälpens innehåll, vilket torde öka arbetstrivseln inom yrket.

Hemtjänst eller så kallat RUT-avdrag

När en äldre i de flesta kommuner idag söker hemtjänst, gör hon/han det hos kommunens biståndshandläggare som bedömer behovet och beräknar omfattningen av insatsen. Tjänsten betalas sedan av den enskilde utifrån kommunens hemtjänsttaxa.

Om samma person anställer någon eller anlitar en firma för samma uppgifter, kan hon/han göra skatteavdrag för arbetskostnaderna. En förutsättning för detta är att vederbörande har en skattepliktig inkomst att dra av kostnaderna emot. Man kan inte dra av mer än man har betalat i skatt och det är den slutliga skatten som gäller. Högst 50 000 kronor per person och år får dras av. Ett äldre par kan alltså dra av upp till 100 000 kronor för hushållsnära tjänster. Vilket system som är mest förmånligt ur ekonomisk synpunkt för individen beror på det antal timmar man behöver hjälp, kommunens taxa och hur mycket man har betalat i skatt. En del kommuner har mer eller mindre avvecklat hemhjälp och hänvisar de gamla till att själv skaffa hjälp och använda sig av RUT-avdrag. Vi har alltså idag två parallella system.

Olika typer av äldreboenden

Det bör finnas större möjlighet för äldre med behov av att få bo på någon typ av äldreboende. Dessa bör kunna erbjuda olika typ och grad av omsorg. På varje äldreboende ska det finnas program för stimulerande aktiviteter. Det bör finnas personal med språkkunskaper i de vanligaste språken bland icke svenskfödda pensionärer. Det behövs ett ökat utbud av språkligt inriktade äldreboenden för de större invandrargrupperna. Matchning bör ske av personal/boende så att de som hjälper de äldre kan kommunicera med äldre invandrare. Servicen på trygghetsboenden ska erbjudas alla och vara avgiftsfri.

Det förs en diskussion om att när ena partnern behöver flytta till äldreboende så ska båda flytta med. Det är bra, men det får inte bli en press på den andra maken/makan. Det kan vara svårt för en yngre, frisk person att lämna den ordinarie bostaden för att flytta med till ett äldreboende, och där kanske fortsätta

som vårdare. Och vad händer när den äldre och sjuka maken/makan dör? Då står den efterlevande där utan annan bostad.

En god och jämlik hälso- och sjukvård

Även om hälsa framförallt påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvården, såsom goda livsvillkor och levnadsvanor etc påverkas äldres hälsa också av tillgång till sjuk- och hälsovård, d v s i första hand närhet till och kontakt med vårdcentralerna och deras satsningar på förebyggande insatser. Utbildning bör ske av olika personalgrupper inom kommun- och landstingsverksamheterna så att äldre kan få information, råd och hjälp med förebyggande åtgärder.

De sociala skillnaderna i hälsa och sjuklighet kommer i olika grad till sjukvårdens kännedom. Genom att olika grupper i olika stor utsträckning söker vård för samma åkommor samt genom skillnader i behandling kan de sociala skillnaderna antingen minskas eller förstärkas. Då de sociala skillnaderna i vård även i vårt land är stora, bör utvecklingen av hälso- och sjukvårdens resurser fördelas för att möta behoven och gynna individer med störst behov av vård.

Hälsocentraler/Äldrecentraler

Som nämnts ovan, bör vårdcentralerna informera äldre om en hälsosam livsstil. Detta kan kompletteras med att det finns hälsocentraler, där äldre kan få information om livsstilsfrågor som kost, motion, läkemedel etc. Där bör de även kunna få blodtrycket mätt, få ett blodprov taget eller göra preliminära hörsel- och synprov, så att de vet om de bör uppsöka en läkare. Vidare bör här kunna ges råd om livsstil och motion, alkoholskador m m, bra skor, broddar på vintern och om förebyggande åtgärder i hemmiljön för att förhindra fallolyckor.

Hälsocentralerna skulle också ha stor betydelse för äldres egenvård. Det handlar om lindriga sjukdomsbesvär som man ofta kan klara av på egen hand eller med en viss vägledning. Vid centralen bör även råd kunna ges huruvida den äldre bör söka hjälp hos sjukvården för sina besvär. Lämpligen bör några apotek kunna omvandlas till sådana hälsocentraler. Dessa bör ha utbildad apotekspersonal och sjuksköterskor. De ska vara öppna och utan krav på tidsbeställning. Goda erfarenheter finns.

Läkemedel

Läkemedel är den dominerande medicinska behandlingsformen för äldre och den ökar i omfattning. Gruppens användning av läkemedel har nästan fördubblats under de senaste tjugo åren. Personer som är över 80 år använder i genomsnitt fem läkemedel per person. Användningen är ännu större bland de personer som får insatser av äldreomsorgen. Enligt en rapport från Sveriges kommuner och landsting behandlades cirka 12 procent av personer i hela landet som var 80 år och äldre, med tio eller fler läkemedel under 2008. Olika typer av psykofarmaka är vanligt bland äldre. Andelen är högre bland kvinnor än män. Drygt tre procent av personer 80 år och äldre i hela landet, liksom i Stockholm, behandlades med riskfyllda läkemedelskombinationer.

För att minska onödig läkemedelskonsumtion är frekventa läkemedelsgenomgångar nödvändiga. Då kan man också komma till rätta med att personer har riskfyllda läkemedelskombinationer. Socialstyrelsen har nyligen presenterat förslag om läkemedelsgenomgångar i form av bindande föreskrifter. Dessa bör genomföras med det snaraste för att förhindra onödiga skador och andra oönskade effekter.

Psykiska problem

Äldre med psykiska problem (andra psykiska problem än demenssjukdomar) har inte uppmärksammats särskilt mycket inom äldreomsorgen. Även om gruppen kan tyckas liten, finns det personer med psykiska problem som riskerar att inte få den vård för sina psykiska problem som de borde ha rätt till. Alla äldre oavsett om de bor hemma eller på äldreboende bör få tillgång till denna vård.

Demenssjukdomar

Ökningen av antalet äldre medför att demenssjukdomarna ökar. Alla olika demenstillstånd kännetecknas av en gradvis försämring av intellektuella funktioner med sociala konsekvenser som följd. Andelen med demenssjukdom ökar snabbt med stigande ålder och medför svårt psykiskt lidande för såväl dem som drabbas som för anhöriga. Rollen som anhörigvårdare är utsatt och medför många gånger att den anhöriges behov av sömn, mat och rörelse försummas. Detta ökar risken för sjukdom även i denna grupp.

Kända riskfaktorer för demenssjukdom är hög ålder och ärftlig benägenhet, d v s faktorer som inte går att påverka, men under de senaste åren har studier visat att det finns livsstilsrelaterade faktorer som antingen ökar risken för demens eller kan fördröja dess debut. Bland de senare faktorerna kan nämnas motion och ett rikt socialt och intellektuellt liv.

Kunskapen om demens innebär att förebyggande åtgärder kommer att få ökad betydelse.

Multisjuka

Med multisjuka äldre brukar avses personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg på grund av flera samtidiga sjukdomstillstånd. Allt fler gamla med sådana sammansatta vårdbehov behöver hjälp. Omvårdnad och stöd till denna grupp kräver insatser från både landsting och kommun, vilket ställer höga krav på väl fungerande informationsöverföring och samverkan. Ett program har utarbetats för att denna grupp av äldre ska kunna få bästa tänkbara vård. I programmet föreslås bland annat:

- ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team
- vid behov av slutenvård ska den multisjuka ha en "gräddfil", d v s inläggning ska kunna ske på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvård och geriatrisk avdelning, d v s utan att behöva gå via akutmottagning
- varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

Sociala skillnader i vårdkontakter och vårdkostnader under sista levnadstiden

För att speciellt studera hur vårdens resurser fördelas bland olika grupper har färskaste studier från KFA studerat sociala skillnader i vårdkontakter och vårdkostnader under den sista levnadstiden i Stockholms län. Studiens resultat visar på behovet av att även i denna grupp uppmärksamma frågan om vård på lika villkor.

Ju högre inkomst en person haft desto mer kostsam sjukvård har den personen i regel fått under den sista levnadstiden. Tänkbara förklaringar kan vara mer detaljerade skillnader mellan inkomstgrupperna i sjukdomspanoramat än vad som studerats eller i benägenheten och möjligheterna att söka olika typer av sjukvård. Personer i den lägsta inkomstgruppen har genomgående sämst situation i olika vårdavseenden, som vårdkostnader, omfattningen av sjukvård och hur tidigt vårdkontakter sker, även om skillnaden till andra grupper inte är så stor. Ett annat resultat av studien av denna grupp visar att personer födda utanför

Sverige har sin första vårdkontakt märkbart senare än andra. Detta faktum ställer frågan om denna grupps kontakter med hälso- och sjukvården!

Vård i livets slutskede

De flesta dödsfall bland äldre kommer inte som något överraskning för anhöriga eftersom det rör sig om människor som i många fall varit sjuka en tid. Både för den döende och de anhöriga är det viktigt att de får en värdig död och att det finns en kvalificerad vård i livets slutskede. Det viktigaste är att minska smärtor, ångest och lidande. Det är också viktigt att personer inom vården kan föra samtal med den döende om hon/han klarar det, och att någon finns vid bädden i dödsögonblicket samt att det finns vårdpersonal som kan erbjuda anhöriga eftersamtal. I palliativregistret redovisas olika kommuners insatser av vård i livets slutskede, men många kommuner är inte med i palliativregistret.

Nästan alla som bor på särskilda boenden får bo kvar där till livets slut. Det förutsätter därför att äldreboendet har personal med kvalificerad utbildning för denna vård, vilket ofta inte är fallet. Oavsett hur den gamle bor, vilken religion ect hon/han har bör palliativ vård ges av professionell personal med adekvat utbildning. De som väljer att bo hemma ska också kunna få samma omsorg vid livets slut. På alla sätt måste det undvikas att döende personer under sin sista tid i livet får åka fram och tillbaka mellan sitt ordinarie boende och akutsjukvården. Ett välfärdssamhälle kan alltid bedömas utifrån hur dess svagaste medlemmar behandlas och omhändertas.

Referenser:

- Andersson, Dan ”Mer pengar till vård och mer vård för pengarna”. Rapport för S-kvinnor. 2010
Arbetsrörelsens Tankesmedja. ”De nya bidragstagarna”. Snabbanalys nr 29, 2011.
Karolinska Institutets folkhälsoakademi. ”Sjukvård under sista levnadstiden. Sociala skillnader i vårdkontakter och vårdkostnader”. KFA-rapport 2010:1.
Socialstyrelsen. Hälso och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm
Sveriges kommuner och landsting ”Öppna jämförelser 2009, Vård och omsorg om äldre”.
S-föreningen för bättre och mer jämlik hälsa. Strategidokument. 2010.
Statens offentliga utredningar (SOU). ”Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre”.
SOU 1997:76. Socialdepartementet 1997.
Statistiska Centralbyrån (SCB) 2011. ”Övergång från arbete till pension”. Temarapport 2011:2.
Stockholms läns landsting. ”Folkhälsorapport 2007”.
Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk Internmedicinsk förening (SIM). ”Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram”. 2009.

[Fotnot borttagen av formateringskäl]

Partikongressen föreslår besluta:

- H44:1 att den positiva syn som präglar motionen också ska prägla partiets ställningstaganden i alla frågor gällande äldre
H44:2 att partistyrelsen låter utarbeta en långsiktig strategi för folkhälsa för äldre

H44:3 att möjligheterna att införa en särskild äldreomsorgslag utreds

Stockholms partidistrikt

MOTION H45

LUNDS ARBETAREKOMMUN

Förstärkning av socialtjänstlagen för äldre

Med hänvisning till ovanstående yrkar vi att partikongressen ställer sig bakom motionen och uppdrar åt partistyrelsen att verka för detta.

Partikongressen föreslås besluta:

- H45:1 att kommuner som erbjuder boende för 65 + bör förfarandet av ansökningen förenklas, många äldre använder sig inte av internet, orkar ej heller sitta i lång telefonkö och svårt att uppfatta valmöjligheterna för att komma till rätt person. Dessutom ska personer 65 + vid behov få bistånd till anpassade lägenheter med boendeservice, en regel som varit borttagen från socialtjänstlagen sedan flera år tillbaka
- H45:2 att vid handläggning av biståndsinsats relaterad till boende för äldre med särskilda behov, förorda speciell erfarna och med äldrevård tillika sjukvård förtrogna biståndshandläggare. Detta för att en alldeles särskild insyn med utgångspunkt ifrån inifrån perspektivet bör vara (detta att se till varje människas unika situation och behov) kravet på en tjänsteperson som handlägger dessa känsliga ärenden. Då man har att avgöra så viktiga frågor som att, av fysiska och mentala funktionshinder till följd av ålderdom, flytta på människor (många gånger mot sin vilja) ifrån vardagens stabila trygghet, måste man ha s.k. medmänsklig kompetens för att kunna fatta beslut i linje med och utifrån den enskildes bästa och unika behov
- H45:3 att kommun, region/landsting har hela ansvaret för Ortopediska hjälpmedel

Camilla Odhnoff, Barbro Törnqvist, Bo Möllerstedt, Kerstin Dilton, Thyra Andersson, Margoth Wahlström och Pensionärsutskottet i Lunds Arbetarekommun
Lunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H46

GÖTEBORGS PARTIDISTRIKT

Mediciner inom äldre vården

Det är hög tid att göra något radikalt för att minska mediciner inom äldre vård och inom särskilda boende!

Vi vet att äldre idag använder mycket läkemedel. De som är 75 år och äldre utgör ungefär 10 % av befolkningen men konsumerar mer än en fjärdedel av all medicineringen i Sverige. Inom äldre och särskilda boende äter individen i genomsnitt 8-10 preparat. Faktorer som bidrar till detta är bristande läkarkontinuitet, avsaknad av gemensamma läkemedellistor, bristande dokumentation av läkemedel ordinationer samt brister på rutinmässiga uppföljningar och medicine omprövningar.

Det föreligger också brister med avseende på vilka läkemedel som används, hur de används, doseras och kombineras. En rad studier har gjorts angående detta. Brister påtalas allt oftare i media. Försök har också gjorts för att åtgärda de, men det räcker uppenbart inte, eftersom de läkemedels relaterade skador fortfarande existerar. En läkare beskriver detta som Ett växande problem.

Att kroppen förändras med stigande ålder vet vi och att man som äldre inte tål läkemedel på samma sätt som man gjorde som ung vet vi också. Men fortfarande får många äldre äta samma doser som de ätit innan och som orsakar de många biverkningar och som tvingar de äta nya mediciner för att behandla de existerade biverkningarna. Felmedicineringen orsakar inte enbart lidande för den drabbade individen, utan att denna problematik kostar och belastar sjukvården och samhället något oerhört.

Om inte sjukvården tar sitt ansvar om att göra något åt problemet så är det dags för politiken att göra något åt det.

Partikongressen föreslår besluta:

- H46:1 att åtgärder vidtagas för minskad användning av medicin inom äldre vården och inom särskilda boende
- H46:2 att motionen bifalls och att den antas av den socialdemokratiska riksdagsgruppen för att verka i motionens anda
- H46:3 att den socialdemokratiska riksdagsgruppen verkar för att motionen behandlas i sin helhet
- H46:4 att den socialdemokratiska riksdagsgruppen gör sitt yttersta för att påverka regeringen att göra något radikalt åt denna existerande problematik

Nada Alami

Göteborgs partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H47

HUDDINGE ARBETAREKOMMUN

Modern äldreomsorg för framtidens äldre

Svenska staten och Sveriges kommuner och landsting gjorde 2010 en överenskommelse om att alla människor ska kunna åldras i trygg förvisning om att det finns tillgång till vård och omsorg av hög kvalitet ända fram till livets slut. Målen för äldrepolitiken som helhet är att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. Äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg.

Som så mycket annat den borgerliga regeringen har sagt och skrivit så blev det inte mycket av detta. Verkligheten är istället att den marknad som borgerliga politiker förlitar sig på har tagit ut övervinster ur äldreomsorger och dragit ned på kvaliteten. Vi har alla upprörts över larmrapporter i pressen och berättelser från nära och kärar.

Trots införandet av lägenheter för 60+ och särskilda äldreboenden med mer eller mindre service kan vi konstatera att äldrevården förlitar sig på anhöriga i stor utsträckning. Särskilt äldre par får klara sig själva om bara den ene orkar att något sånär klara den andre. Det är inte rättvist. Äldrepolitiken borde i stället utgå från att var och en ska klara sig själv och när man inte gör det ska man få den hjälp man behöver.

Äldre får inte heller plats i särskilt boende i den utsträckning som de själva anser sig behöva. När en äldre inte längre orkar gå i trappor hänvisas de till bostadskön för byte av lägenhet. Det är ofta inte särskilt lätt när man bott länge på ett och samma ställe. Detta medför att vi idag har många äldre som inte kommer någonstans utan sitter som fångar i sina lägenheter. Samtidigt påstås det att efterfrågan på plats i servicehusen sjunker. Det är inte efterfrågan som sjunker – det är rättigheten att bli bedömd så att man får en plats!

Flera servicehus görs dessutom om till trygghetsboende, en billigare variant då kommunen slipper kostnader för sjukvård, arbetsterapeut och sjukgymnast. Ambulerande äldreteam och frivilligorganisationer sägs ersätta detta och vi har ju vårdcentraler kvar!

Den valfrihet som borgerliga politiker slår sig för bröstet om är många gånger ett hinder för de äldre som egentligen inte får någon konsumentinformation om vad det är som kan väljas. Privata utförare erbjuder många gånger extra tjänster, att det kostar extra – står i bästa fall under det finstilta i reklambroschyerna. Uppföljningen om kvaliteten brister också i informationen och är dessutom ett nytt utgiftsområde för skattebetalarna.

Personalen inom vården är många gånger utbildade inom området. Det finns visserligen en gymnasieutbildning, men den är inte populär och antalet som utbildas räcker inte för behovet av arbetskraft. Arbetsgivarna tummar därför på utbildningskrav vid anställningar och erbjuder istället otrygga anställningsformer för att ”se vad personen går för”.

Dagens äldre känner alltför ofta att de inte har något annat val än att tacka och ta emot för det som erbjuds.

Morgondagens äldre, 40-talisterna, kommer inte att finna sig i dagens vårdformer. De kommer att kräva betydligt mer – även om det kommer att kosta.

Vi socialdemokrater är måna om att leva upp till devisen att alla ska få en god omvårdnad efter sina egna behov därför behövs ett genomarbetat äldreomsorgsprogram som sedan kan bli reell politik och praktik när vi sitter vid beslutandemakten.

Partikongressen föreslås besluta:

H47:1 att arbeta fram ett modernt välfärdsprogram för framtidens äldreomsorg

Gabriella Larsson

Huddinge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H48

UPPSALA ARBETAREKOMMUN

Obligatorisk chefsutbildning för chefer i omsorg och vård för äldre

Arbete i omsorg och vård för äldre kräver en bred kompetens. För några år sedan formulerades förslag om nationella kompetenskrav från en statlig utredning ”Yrkeskrav i äldreomsorg” (SOU 2008:126). Förslagen avsåg baspersonalen (ca 185 000 anställda) och flera kompetensområden lyftes fram, t.ex. värdegrund och värderingsförmåga, kommunikation, lagar och regler, det friska åldrandet, åldrandets sjukdomar, måltid, kost, näring, omsorg i livets slut och sjukvård.

Att leda och utveckla omsorg och vård för äldre kräver givetvis en djup kompetens inom alla dessa områden. Förutsättningarna för arbete som chef i omsorg och vård för äldre är också speciella. Verksamheten vänder sig till äldre personer, som ofta är sjuka eller sköra på annat sätt. Innan hemtjänst eller särskilt boende beviljas har personen ofta uppnått en hög ålder och har stora omsorgs- och vårdbehov. Många av de äldre har svårt att själva uttrycka sina önskemål eller påtala eventuella brister i verksamheten. Verksamheten ska pågå året runt och dygnet runt, både inom så kallat särskilt boende och i omsorgstagarens hem. Det ställer stora krav på bemanning och äldres behov av kontinuitet. Chefer i omsorg och vård för äldre har ofta personalansvar för långt fler anställda än som är vanligt för andra chefer. Det ställer särskilda krav på arbetsledning och på information och möjligheter till erfarenhetsutbyte mellan anställda. Vidare bedrivs en allt större del av äldreomsorgen på entreprenad där privata såväl som offentligt drivna utförare verkar sida vid sida efter upphandling eller enligt LOV-lagstiftningen. Det ställer givetvis också nya krav på personalen i ledande befattningar inom omsorgen.

En ytterligare utmaning för ledarskapet ligger i att en betydande del av baspersonalen inte har en grundutbildning som motsvarar de kompetenskrav som tidigare beskrivits. Det gäller särskilt i de största kommunerna och kommuner i storstadsområdena. Av de 13 600 undersköterskor och vårdbiträden som rekryterades 2008 hade 58 procent omvårdnadsutbildning. En allt större andel av personalen i storstadskommunerna har också ett annat modersmål än svenska och har inte alltid fått möjlighet att

utveckla en yrkessvenska som är anpassad till arbetsuppgifterna. Ungefär 20 procent av dem som rekryterades under 2008 var födda utomlands, vilket är en fördubbling på tio år. Det är framför allt rekryteringen av medarbetare födda utanför Norden och EU som har ökat.

Chefer förutsätts vidare följa och ta del av forskning och utveckling av arbetsmetoder för att kunna utveckla och förbättra kvaliteten i den omsorg och vård som ges. En viktig del i arbetet som chef är också att leda lärande i arbetet. Det kräver både förmåga att organisera lärande och träning inom ramen för arbetet och förmåga att inspirera anställda.

För att klara uppgifterna som chef i omsorg och vård för äldre anser vi att alla chefer i omsorg och vård måste ha en befattningsutbildning, som ger förutsättningar för en hög och jämn kvalitet i verksamheten oavsett om den bedrivs i kommunal regi, av non-profitorganisationer eller av privata företag. Ett sådant chefsutbildningsprogram kommer att kosta en del, men vi anser att kostnaderna uppvägs av att kvalitetsbrister kan minskas och livskvalitet för omsorgstagarna ökas.

Kravet på en befattningsutbildning inom äldreomsorgen kan jämföras med kravet på en obligatorisk befattningsutbildning för nyanställda rektorer. Sedan år 2010 gäller att nyanställda rektorer ska ha en genomfört en befattningsutbildning. Utbildningen ska påbörjas snarast möjligt efter det att anställningen har tillträtts och vara genomförd inom fyra år efter tillträdesdagen. Ansvar för att erbjuda utbildningen ligger på kommuner, landsting och huvudmän för fristående skolor.

Socialstyrelsen har nyligen fått i uppdrag att ta fram ett vägledande underlag kring kompetensutvecklingsbehov samt att ge förslag på hur en ledarskapsutbildning för enhetschefer inom äldreomsorgen skulle kunna läggas upp. Aktuell målgrupp för utbildningen är ca 5000 enhetschefer inom såväl kommunalt som enskilt driven äldreomsorg. Stora pensionsavgångar är att vänta och en utvidgning till att även omfatta blivande chefer skulle kunna bidra till att säkra tillgången av motiverade ledare. Utbildningen ska ge kunskap om värdegrundsarbete, innebörden av att utgå från de äldres behov och självbestämmande, evidensbaserad praktik med syftet att kunna ge vård och omsorg med bästa tillgängliga kunskap, samt metoder och arbetssätt för handledning, coaching, reflektion och implementering.

Utbildningen föreslås omfatta 30 högskolepoäng (hp) fördelade på tre år, vilket innebär en studietakt omfattande en dags studier per vecka. Vidare föreslås att utbildningen ges på avancerad nivå som uppdragsutbildning med staten som uppdragsgivare.

Förslaget till en obligatorisk chefsutbildning saknar dock i nuläget finansiering. Mot bakgrund av detta bör därför en diskussion initieras om möjliga lösningar mellan berörda aktörer. Ett förslag kan vara att staten, på motsvarande sätt som rektorsutbildningen löst finansieringsfrågan, finansierar själva utbildningen medan arbetsgivarna uppmanas att bekosta studiematerial, eventuella resor och övernattningskostnader för dem som deltar.

Partikongressen föreslås besluta:

H48:1 att en obligatorisk chefsutbildning ska införas för nyanställda chefer i äldreomsorgen och att redan verksamma chefer ges möjlighet att komplettera sin chefsutbildning utifrån individuella behov

Anita Berger och Caroline Andersson

Uppsala arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H49

KALMAR LÄNS PARTIDISTRIKT

Personalbemanning i demensvården

Under 2010 har det uppmärksammats att demensvården eftersatts med lite personalbemanning. Risker för våra äldre har ökat och flera blir lämnade ensamma under många timmar. Jag vill att detta utreds.

Partikongressen föreslås besluta:

- H49:1 att demensvården och situationen för våra äldre utreds och att säkerhet och trygghet blir satta i fokus
- H49:2 att ett lagförslag eller nationella riktlinjer skapas för hur vården skall bedrivas under dygnets alla timmar

Kerstin Jonsson och Tomas Jonsson

Kalmar läns partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H50

BORÅS ARBETAREKOMMUN

Rätten att åldras med mental och sinnlig stimulans

Att äldre människor kan leva ett aktivt och kulturellt rikt liv ger positiva hälsoeffekter och en känsla av meningsfullhet som i sin tur skapar livsmod och livsglädje.

Socialtjänstlagens § 4 handlar om omsorgen om äldre där ett värdigt liv och välbefinnande lyfts fram som värdegrund. Ansvarig nämnd ska verka för möjligheten att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. En sådan omfattar både fysiska, sociala och kulturella inslag. För de kulturella inslagen svarar kulturverksamheten. Ansvaret kan vara delat och man definierar vars och ens roll liksom den service som ska ges.

Inom äldreomsorgen är biståndsbedömarna och arbetsledarna mycket viktiga personer vilkas människosyn och kulturintresse/kunskaper kan vara helt avgörande för de äldres tillgång till kultur. Det är arbetsledarnas ansvar att detta också slår igenom hos resten av personalen.

För oss socialdemokrater handlar det om att vi utifrån en helhetssyn på människan vill möta även de inre behoven hos våra äldre, att också själen får den näring den behöver, likaväl som kroppen. Att komma ut, lyssna på musik, få tillgång till böcker och bilder, få hjälp med att hitta information mm är livsavgörande för alla. Behovet av mental och sinnlig stimulans avtar inte bara för att man åldras.

Partikongressen föreslås besluta:

H50:1 att Socialdemokraterna aktivt driver frågan om att kultur och gemenskap ska ingå i vardagen även för äldre människor

Lahja Exner och Gerd Jansson

Borås arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H51

SOLLENTUNA ARBETAREKOMMUN

Se över och anpassa nuvarande äldreomsorgslagstiftning

När äldreomsorgsreformen genomfördes var intentionen, att alla som vill och kan bo kvar i den egna bostaden, skulle få göra det, med det stöd i olika former som den enskilde behöver. Reformen genomfördes för att komma bort ifrån känslan av institutioner på olika vårdinrättningar. Det var också då som begreppet ”särskilt boende” myntades. Alla människor skulle få välja, oavsett ålder och vårdbehov, var eller hur de ville bo. Samhället skulle tillgodose de olika hjälpbehoven via bl.a. social hemtjänst och hemsjukvård. Som systemet är utformat idag, är det inte den enskilde som väljer, utan valet görs av en biståndsbedömare i kommunen eller stadsdelsförvaltningen, vilken också avgör vilka insatser i hemmet samt hur länge den enskilde ska behöva ha det så. Den generella regeln vid behovsprövning, är att alla övriga lägre vårdreformer ska vara prövade först, framför andra önskemål och behov. Från politiskt håll framhäver man valfriheten inom äldreomsorgen, praktiken och verkligheten är något helt annat.

I dagens svenska samhälle tvingas äldre personer att leva under ovärdiga former i hemmet. Bristen på resurser inom sjukvård och socialtjänst, samt även väldigt få särskilda boenden bidrar till rådande situation för en stor grupp med många svagheter. En del äldre varken kan eller vågar ifrågasätta detta orättfärdiga system. Lagen är dessutom utformad så, att det inte spelar någon roll om man överklagar kommunens eller stadsdelsförvaltningens beslut, man får ändå inte rätt i domstol. Inom hemtjänsten finns en given ram som reglerar varje individs omsorgskonsumtion i form av ett biståndsbeslut. Där regleras i detalj, hur många timmar och vilka tjänster den äldre har behov av. Många kommuner har separerat ersättningen baserat på service, omvårdnad, hemsjukvård eller tätort- glesbygd, dag, kväll, helg eller natt. I särskilda boenden, utgår däremot ofta en bedömning av individens totala vårdbehov.

Det är olika lagar som är involverade och reglerar olika sakfrågor. Lagarna har dessutom olika sekretessklausuler, vilket innebär att den enskilde måste lämna sitt medgivande, vilket i sig kan försvåra samverkan kring äldre med t.ex. demenssjukdom samt de som vårdas i livets slutskede. Behoven hos äldre och vårdbehövande är ofta svårdefinierade. Behoven kan ju förändras från dag till dag. Trots insikt om problematiken, saknas utrymme för flexibilitet och anpassning till den enskildes olika behov, vilken kräver hög bemanning och resurser. Vi får inte heller glömma, att vården i hemmet ställer höga krav på utföraren, som ofta är lågavlönad och har en mycket stressig arbetssituation. Hemtjänsten utför ibland uppgifter på delegation från sjukvården, t.ex. att ge mediciner till de äldre, för det får man igen ersättning.

Med hänsyn till den enskildes säkerhet, är det inte heller önskvärt att icke utbildad sjukvårdspersonal får dela ut mediciner till svårt sjuka äldre personer.

Vi behöver komma underfund med hur vi uppnår en värdig och säker situation i hemmet för de äldre, med primärvård och hemtjänstutförare, utan att det är för många inblandade, samt slippa bristen på utbildad personal och kontinuitet i äldreomsorgen. Lagen om valfrihetssystem är avsedd att öppna möjligheten för den enskilde, att välja utförare utifrån egna önskemål. Frågan är, vem är valfriheten till för? Kan man säga att alla har valfrihet? De flesta utförare uppnår kanske god kvalitet med sina tjänster och kan anpassa utformningen efter behov. Problemet finns inom behovsbedömningen av en viss utgiven och särskild insats för att kunna se svårigheterna. Eftersom kommunerna har självstyre, sker detta utifrån kommunens riktlinjer. Utrymmet för variationer på olika lösningar är ytterst litet.

Jag har som tjänstgörande nämndeman vid Förvaltningsrätten i Stockholm, varit med och fattat många beslut kring äldreomsorg. Jag kan ärligt säga, att jag skäms över det faktum att jag genom mitt deltagande i beslut och med mitt namn godtar en ovärdig behandling av våra äldre personer, som ofta är svårt sjuka, ensamma, rädda och saknar förmåga att tillvarata sina egna intressen, lagen gör det dessutom omöjligt, även om man har möjlighet och kunskap att ställa krav och hävda sin rätt.

Därför anser jag att vi behöver se över och anpassa äldreomsorgsreformen och lagstiftningen. Vi ska behandla våra äldre med värdighet och respekt! En vacker dag kommer även vi att bli gamla och behöva vård och omsorg.

Partikongressen föreslås besluta:

- H51:1 att Socialdemokraterna verkar för en översyn och anpassning av äldreomsorgsreformen och lagstiftningen
- H51:2 att Socialdemokraterna verkar för en översyn av biståndsbedömningen och tittar på maximala insatsalternativ
- H51:3 att Socialdemokraterna verkar för att införa en enhetlig bedömningsmetod, med lägsta garanterade nivå, likt utformningen i socialtjänstförordningen
- H51:4 att Socialdemokraterna verkar för att endast medicinskt utbildad personal inom hemtjänsten bedriver verksamhet som är kopplad till sjukvård, t.ex. utdelning av mediciner till äldre som är sjuka

Bora Jukovic

Sollentuna arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H52

UMEÅ ARBETAREKOMMUN

Stärkta välfärdstjänster för en smart jämställd arbetslinje

Såväl män som kvinnor ska kunna kombinera förvärvsarbete med omsorg om familjen. 1960-talets slogan för den visionen var ge mamma ett jobb och gör pappa med barn. Offentligt finansierade generella välfärdstjänster som barnomsorg och äldreomsorg är en avgörande infrastruktur för att uppnå visionen om ett tvåförsörjar-/tvåvårdarsamhälle.

Det som behöver diskuteras är hur vi smartast kan använda gemensamma resurser för att möjliggöra kombinationen jobb och omsorg om barn och äldre. Välfärdstjänster behöver både försvaras och utvecklas. Både normerna i samhället och bristande resurser i barnomsorgen tvingar in föräldrar i omöjliga ekvationer. Det blir allt fler stora barngrupper på förskolor och fritidshem och personaltätheten minskar. I takt med att den svenska barnomsorgen har utvecklat sitt lärandeuppdrag har omsorgsuppdraget hamnat i skymundan. Barnomsorgen ska både vara rolig och lärorik för barnen och ge barnet omsorg så att deras föräldrar kan arbeta och försörja sig.

Kommunals rapporter ”Alla andra hämtar tidigt” och ”Sommarlovshetsen” visar att omsorgsuppdraget är hotat. Av rapporterna framgår bland annat att nästan var tredje kommunalare inte kan arbeta heltid på grund av förskolans öppettider. Hälften av småbarnsföräldrarna känner press att hämta tidigt från förskolan. Fyra av fem förskolor stänger några veckor på sommaren. Hälften av föräldrarna med barn i åldern två till nio år känner press att ha barnen kort tid på förskola eller fritidshem under sommaren.

Föräldrar väljer att pussla eller gå ned i arbetstid hellre än att kräva de öppettider med god bemanning som de behöver för att kunna förvärvsarbeta. Problemet är extra stort för LO-kollektivet som oftare har arbetstider utanför kontorstid. Så ska det inte vara. Föräldrar ska kunna välja både jobb och barn. De ska inte tvingas in i omöjliga ekvationer. För att uppnå det behövs förskolor och fritidshem med bra bemanning, bra arbetsvillkor och tillräckliga resurser. Där föräldrar med gott samvete kan lämna sina barn och gå till jobbet.

I äldreomsorgen är nedskärningarna ännu mer alarmerande. Jämfört med 1980 är det i dag runt 100 000 färre (oavsett ålder) som får hjälp från hemtjänsten, samtidigt som antalet som är 80 år och äldre i befolkningen har ökat med mer än 200 000 personer. Andelen av äldre, över 80 år gamla, som får offentlig äldreomsorg har minskat från 62 procent 1980 till 37 procent 2006. På senare år har flera vittnat om hur svårt det är att få plats i äldreboenden och hur tiden som tilldelas för att utföra insatser hos äldre krymps.

Minskningen i offentlig omsorg kan delvis förklaras med bättre hälsa men troligen beror det främst på kommunala sparkrav och striktare riktlinjer. I takt med att den offentliga äldreomsorgen har minskat sitt åtagande har anhöriga tagit ett större omsorgsansvar. År 1994 fick 29 procent av hjälpbehövande ensamboende äldre hjälp av sina döttrar och 12 procent av sina söner. År 2000 fick 39 procent hjälp av döttrar och 13 procent av söner. Det är framför allt döttrar till lågutbildade kvinnor som har ökat sina omsorgsinsatser. Högutbildade äldre köper i högre utsträckning hjälp på den privata marknaden.

Utbyggnaden av hemtjänsten under 1950- till 1970-talen har beskrivits som en valfrihetsrevolution för både hjälpbehövande äldre och för kvinnor med hjälpbehövande föräldrar. Äldre i alla samhällsskikt fick möjlighet att bo kvar hemma utan att vara helt beroende av de vuxna barnens (i praktiken döttrarnas) insatser. Döttrarna kunde förvärvsarbeta, även om föräldrarna var i behov av daglig hjälp. Dagens utveckling inom äldreomsorgen kan snarast liknas vid en ofrihetsrevolution, framför allt för döttrar till lågutbildade äldre och äldre med utomnordisk bakgrund.

Partikongressen föreslår besluta:

- H52:1 att SAP driver frågan om barnomsorg med hög kvalitet och nog personalbemanning som har öppet när föräldrarna jobbar, det vill säga även tidig morgon, kväll, natt och sommar
- H52:2 att SAP driver frågan om äldreomsorg med hög kvalitet och nog personalbemanning som ger trygghet för de äldre och avlastar deras anhöriga så de kan förvärvsarbeta

Alejandro Caviedes

Umeå arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H53

VÄSTERÅS ARBETAREKOMMUN

Sverige behöver ett nytt kunskapslyft för att trygga äldreomsorgen

Äldreomsorgen i Sverige står inför stora och svåra utmaningar. I början av 2020-talet ökar antalet äldre över 85 år markant, det vill säga den grupp som är i störst behov av vård och omsorg. Samtidigt som äldrevården har blivit allt mer kunskapskrävande och komplicerad sjunker tillgången på ny arbetskraft med rätt utbildning. Allt färre söker sig till omvårdnadsprogrammet på ungdomsgymnasiet.

Många söker sig till vårddyrket i vuxen ålder och finner det både stimulerande och givande. Dock saknar många den utbildning som krävs, det vill säga examen motsvarande undersköterska. Det innebär att de inte kan erbjudas tillsvidareanställning.

Att ta tjänstledigt i vuxen ålder för att läsa in en examen är för många svårt att göra ekonomiskt och väljs därför bort. Samtidigt lider kommunerna en stor brist på utbildad arbetskraft och många går utan arbete som vill och skulle kunna göra en värdefull insats inom äldreomsorgen.

Men det är inte bara grundexamen som behövs. Den komplicerade vården kring äldre, till exempel när det gäller vård av personer som har demenssjukdomar eller psykiska diagnoser ökar. För detta behövs personal med specialistkompetens som idag oftast saknas på äldreboenden och inom hemtjänsten. Ett kunskapslyft bör därför även omfatta viss vidareutbildning.

Sverige behöver ett nytt kunskapslyft för att både trygga att det finns personal med rätt kunskaper inom äldreomsorgen och för att fler ska komma i arbete. Det behövs också för att personalen inom äldreomsorgen ska kunna kompetensutveckla sig,

Partikongressen föreslås besluta:

H53:1 att ett statligt finansierat kunskapslyft genomförs inom äldreomsorgen för att höja kompetensen och skapa fler arbetstillfällen

Carin Lidman

Västerås arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H54

HÄRJEDALENS ARBETAREKOMMUN

Utbyggnad av närståendepenning

Den demografiska utvecklingen i Sverige idag med en växande äldre befolkning är en stor utmaning för samhället. En äldre människa har ofta behov av extra stöd och hjälp när t.ex. den äldre ska till åka till specialistvård (ofta långt bort från hemmet), tandläkare, byte av boendeform, vid vårdplanering m.m.

Idag finns stödet ”Närståendepenning” i livets (akuta) slutskede. Den äldre kan, efter att samtycke givits, och med läkarutlåtande, få en närstående (t.ex. anhörig, granne eller vän) att ge stöd till den äldre. Den närstående kan då söka närståendepenning hos försäkringskassan i max 100 dagar. Detta stöd kan delas upp av flera närstående och i delar av dagar (kvarts, halv och heldag).

Det är många närstående som stöttar sina äldre och samtidigt försöker få vardagen att gå ihop med allt vad det innebär: familjeliv, yrkesliv och kontakt och stöd till anhöriga. Det talas för lite om äldreomsorgens betydelse för möjligheterna att delta i arbetslivet.

Samtidigt som vi måste fortsätta satsa på äldreomsorgen måste vi se om vi kan stötta och underlätta för ”nära och kära” att kunna bidra till kvaliteten i omsorgen av våra äldre och samtidigt klara av sitt yrkesliv. Många anger sitt engagemang och sin stöttning till t.ex. sin äldre mor och far som skäl till att de gått ner i arbetstid eller helt slutat jobba. SCB:s undersökning av levnadsförhållanden visar att det är främst bland lågutbildade äldre som anhöriga kompletterar hemtjänst. Det är också många pensionärer som inte har råd att komplettera omsorgen med RUT-avdrag heller.

Hur våra äldre tas omhand är i grunden en jämlikhets-, jämställdhets- och folkhälsofråga av stora mått.

Vi har ett fantastiskt land och vi måste ha visioner om att fortsätta bygga landet – inte minst fortsätta förbättra äldrepolitiken. ”Endast det bästa är gott nog åt folket” (G. Möller) - detta citat är mycket tänkvärt idag!

Partikongressen föreslås besluta:

H54:1 att en utbyggnad av närståendepenningen utreds

H54:2 att en utbyggnad av närståendepenning genomförs succesivt

Lena Bäckelin

Härjedalens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H55

ÖREBRO ARBETAREKOMMUN

Äldreomsorg efter behov

Äldreomsorgen liksom barnomsorgen är grunden i den svenska välfärden och har bidragit till valfrihet och jämställdhet i alla samhällsklasser.

I början av 1900-talet fanns det två sätt att ta hand om de äldre som inte togs hand av familjen. Den ena var att köpa den omsorgen man behövde och den andra var att de gamla placerades i fattigvård. Detta ledde i sin tur att det här blev en klassfråga de rika köpte sin omsorg medan de fattiga blev tvungna att utnyttja fattigvården. Under 1950 – talet den kommunala hemtjänsten framväxt som vi fick en offentlig hjälp för alla.

Den offentliga hemtjänsten blev populär i alla samhällsklasser och ledde till en valfrihetsrevolution både för de anhöriga samt för de gamla som behövde hjälpen. Detta innebar att äldre oavsett klasstillhörighet kunde för första gången i historien bo hemma utan att vara helt beroende av barnen.

Detta gynnade i sin tur medelålders kvinnorna (döttrarna) som i sin tur fick möjlighet att komma ut på arbetsmarknaden även om de hade gamla föräldrar med stora hjälpbehov.

Om vi ska kunna klara av framtida utmaningen och finansieringen inom äldreomsorgens måste vi se över hur vi ska se ut?

Partikongressen föreslår besluta:

H55:1 att en utredning tillsätts för att skapa en modern äldreomsorg som bidrar till valfrihet, jämställdhet i alla samhällsklasser

H55:2 att utreda möjligheterna kring en äldreförsäkring/äldrefond

Fisun Yavas

Örebro arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H56

MÖLNDALS ARBETAREKOMMUN

Äldres behov av vård inom egen avdelning

Inom S-veteranerna har vi många gånger diskuterat situationen för många äldre som befinner sig i en vårdssituation med många olika sjukdomar på en gång. Vi har fått oss beskrivet om hur det kan gå till på lasarettet i Umeå där man inrättat speciell avdelning eller ”sjukhus” om man så vill för de äldre och deras speciella behov av vård. Där har man uppnått mycket bra resultat med hänsyn till patienternas oro för sin

sjuksituation, de har blivit betydligt lugnare och harmoniska och kan därmed ta emot vården på ett helt annat sätt.

”Med en åldrande befolkning är det nödvändigt att kraftsamla kring vården av de äldre – står det i våra politiska riktlinjer från partikongressen. Med tanke på vad som i ansvar åvilar de olika huvudmännen så borde man på ett mera aktivt sätt anpassa sig efter de verkliga förhållanden, nämligen att äldre många gånger har olika sjukdomar som borde kunna behandlas samtidigt. Vårdkedjan behöver ett mellansteg mellan hemmet och vårdavdelningen där man kan ta hand om hela människan, det vill säga att man får vård för alla sina krämpor och sjukdomar på ett och samma ställe. Redan här finns en konflikt mellan kommun och region nämligen när man ska betraktas som färdigbehandlad.

Den nya vårdformen skulle ta hand om alla färdigvårdade äldre som inte direkt omfattas av lagstiftningen och får hemtjänst. Den otrygghet många äldre upplever i det vakuum som uppstår mellan huvudmännen i form av osäkerhet, omställningar och de krav på anpassning till vårdgivaren måste elimineras med ett mellansteg av det slag jag ovan framfört.

I dag får man som gammal åka mellan sjukhus, korttidsboende och hemmet beroende på sitt hälsotillstånd som i ganska hög ålder kan variera högst betänkligt. Det är sådant som skapar otrygghet och osäkerhet i vardagen för de gamla och måste från vårdgivarna elimineras gemensamt.

Partikongressen föreslås besluta:

H56:1 att kongressen uttalar sig för en vårdform mellan kommun och region för de gamla som har till uppgift att vårda hela människan när man kommer in i vården

Kaj Johansson

Mölnåls arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H57

BORÅS ARBETAREKOMMUN

Är omsorgen i kris?

Är äldreomsorgen i kris? Frågan måste ställas efter flera uppmärksammade skandaler främst inom den omsorg som bedrivs av privata företag. Äldre har behandlats ovärdigt och i vissa fall har de till och med fått betala med sitt liv.

Bakgrunden till vanvården kan troligen förklaras med att ägarna av stora välfärdsföretag kräver allt bättre utdelning. När lönsamheten sätts främst så får de äldres behov stå tillbaka.

Verksamhet som bedrivs i privata aktieföretag har en huvuduppgift. Att ge största möjliga avkastning till sina ägare. När skattemedel används främst för att berika privata aktieägare och medborgarna förvandlas till kunder på en marknad är det dags att säga stopp. Även i den kommunala verksamheten finns det brister. Allt färre äldre får stöd och resurserna är otillräckliga. Det krävs både fler, välutbildade och engagerade anställda om vi skall få en omsorg om äldre- och funktionshindrade av hög kvalitet.

Vissa kommuner har en bristande respekt för de äldre och funktionshindrades rätt att få inflytande och delaktighet över sin egen omsorg. Det finns exempel på att en enskild omsorgstagare kan få möta flera tiotal olika personer i sitt hem under ett par veckor. Det är helt oacceptabelt att detta får ske och måste ses som en allvarlig brist både från den politiska och den anställda ledningen.

Vem frågar hur detta upplevs av personalen? Att förknippas med något negativt stärker inte motivation eller arbetsglädje. Att som personal besöka allt för många vårdtagare innebär att man inte lär känna de man skall ge stöd. Lägg till detta allt kortare tid hos de äldre som ger stress och en ständig känsla av otillfredsställelse.

Det finns redan och kommer framöver att bli ett allt större problem att rekrytera personal till omsorgen. Attityder, lön och arbetsförhållanden spelar säkert roll. Med fler äldre krävs att vi på allvar tar tag i de problem som finns inom arbetsområdet – nu. Arbetsmiljön och organisationen av arbetet råder kommunalpolitikerna över. Nu krävs handling.

Partikongressen föreslås besluta:

- H57:1 att omsorgen av äldre och funktionshindrade inte får bedrivas av vinstdrivande företag
- H57:2 att omsorgen om äldre och funktionshindrade får ökade ekonomiska resurser
- H57:3 att det skrivs in i lag att äldre och funktionshindrade skall ha stort inflytande över omsorgen och att kommunen alltid måste sträva efter att så få personer som möjligt är verksamma i ett enskilt hem
- H57:4 att arbetsmiljön för de anställda inom omsorgen av äldre och funktionshindrade förbättras genom återkommande fortbildning, bra planering och schemaläggning som ger personalen god kontakt med ett färre antal omsorgstagare
- H57:5 att anställda i omsorgen får rätt till heltid och en tydlig förbättring av arbetsmiljön

Solveig Kjörnsberg, Marija Vocanac, Göran Andersson, Pia Johansson, Ernad Sundic, Ann-Cathrin Carlström, Arne Kjörnsberg, Rose-Marie Liljenby Andersson, Christian Hedlund, Kjell Klasson och Ann-Christine Andersson

Borås arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

TANDVÅRD

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H58:1, H59:1, H60:1, H61:1, H61:2, H62:1, H62:2, H62:3, H63:1, H63:2, H63:3, H64:1, H65:1, H65:2, H66:1, H67:1, H67:2, H67:3, H68:1, H69:1, H70:1, H71:1, H72:1, H72:2, H73:1, H74:1, H75:1, H75:2, H76:1, H77:1, H78:1, H78:2, H79:1, H80:1, H81:1, H82:1, H82:2, H83:1, H83:2, H84:1, H85:1, H86:1, H86:2, H87:1, H88:1, H88:2, H89:1, H90:1, H91:1, H91:2, H92:1

UH6 Utlåtande tandvård

Tandvården är mycket betydelsefull för människors hälsa. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten avsevärt och kan leda till följsjukdomar. Tack vare den fria barn- och ungdomstandvården och införande av en tandvårdsförsäkring har allt fler i vårt land en god tandhälsa jämfört med tidigare generationer. Individens kostnad för tandvård kan dock bli hög och tandvårdsförsäkringens skydd är ibland otillräckligt. Detta har lett till att fler vuxna har tvingats avstå tandvård av ekonomiska skäl.

För att säkra en god tandhälsa i befolkningen och förhindra nya klasskillnader i tandhälsa är det nödvändigt att tandvårdsförsäkringen har starkt fokus på regelbunden och förebyggande tandvård samtidigt som det måste finnas ett bra skydd mot riktigt höga kostnader. Alla ska regelbundet kunna gå till tandläkaren och ingen ska behöva avstå från tandvård av ekonomiska skäl.

Partikongressen 2009 beslöt att målsättningen på sikt bör vara att patientkostnaderna i tandvården omfattas av ett högkostnadsskydd av samma modell som gäller inom hälso- och sjukvården. Partistyrelsen anser att det beslutet ska ligga fast. Det är en modell som gör det möjligt att börja bygga en tandvårdsförsäkring där man successivt kan genomföra förbättringar för att nå målet.

Tandvårdsförsäkringen förändrades 1 juli 2008 då bland annat skyddet mot höga kostnader förstärktes jämfört med tidigare. Partistyrelsen anser att den tandvårdsreform som infördes var otillräcklig. Det förbättrade skyddet mot höga kostnader är viktigt, men det räcker inte för att åstadkomma en god tandhälsa i befolkningen. Reformen saknar i stort sett satsningar på den grundläggande och förebyggande tandvård som omfattar alla. De flesta patienter har inte så höga kostnader att de fått billigare tandvård efter tandvårdsreformen. Den nuvarande tandvårdsförsäkringen bygger på att individen förutom en tandvårdskontroll på några hundra kronor inte får någon subvention alls på kostnader upp till 3000 kronor. Mellan 3000 kr och 15000 kr betalar individen 50 procent och för kostnader över 15000 kr betalar individen 15 procent av kostnaderna. En del patienter med vissa sjukdomar som förorsakar tandproblem kan precis som tidigare få sin tandvård till sjukvårdstaxa, även om reglerna för vilka sjukdomar och tillstånd som ger billigare tandvård kan variera något över tiden.

Riksrevisionens utvärdering (2012) av tandvårdsreformen från 2008 visar att personer med låga inkomster och dålig tandhälsa inte i någon större utsträckning tar del av högkostnadsskyddet. Andelen som avstår från tandvård trots behov har ökat sedan reformen. Drygt sju procent uppger att de trots dålig tandhälsa ändå inte besöker tandvården regelbundet. I nästan tre av fyra fall beror det på att de inte har råd att gå oftare. Var femte vuxen svensk har inte varit hos tandläkaren någon gång de senaste tre åren. Detta nedslående resultat måste tas på allvar. Riksrevisionen föreslår att regeringen ska följa upp om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är rätt utformade och träffar rätt målgrupper. Vi delar Riksrevisionens bedömning. Det är av yttersta vikt att tandvårdsförsäkringen utformas så att alla regelbundet har möjlighet att besöka tandvården och åtgärda tandvårdsproblem i tid.

En annan metod att säkra framtida tandhälsa och förebygga framtida kostnader är att på sikt förlänga den avgiftsfria tandvården som idag gäller till och med det kalenderår man fyller 19 år. Socialdemokratiskt ledda Västra Götalandsregionen har här gått före och höjt till 22 år.

Tandvårdsförsäkringen består av många olika delar som hänger samman med varandra. En översyn av försäkringen måste därför ske i ett sammanhang och de olika detaljförslag som finns i flera motioner om tandvården bör enligt partistyrelsens uppfattning hanteras i ett framtida översynsarbete.

Partikongressen föreslås besluta:

att bifalla motionerna H68:1, H72:2

H68:1 (Valdemarsviks arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för en bättre tandhälsa för alla och därmed en utjämning av den klyfta som idag finns mellan de som har råd, och de som inte har råd, med en bra tandhälsa

H72:2 (Växjö arbetarekommun) att Socialdemokraterna på sikt verkar för att tandvården ska ingå i högkostnadsskyddet för att alla medborgare i landet ska få del av en god tandvård – liksom sjukvård

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H58:1, H59:1, H60:1, H61:1, H61:2, H62:1, H62:2, H62:3, H63:1, H63:2, H63:3, H64:1, H65:1, H65:2, H66:1, H67:1, H67:2, H67:3, H69:1, H70:1, H71:1, H72:1, H73:1, H74:1, H75:1, H75:2, H76:1, H77:1, H78:1, H78:2, H79:1, H80:1, H81:1, H82:1, H82:2, H83:1, H83:2, H84:1, H85:1, H86:1, H86:2, H87:1, H88:1, H88:2, H89:1, H90:1, H91:1, H91:2, H92:1

H58:1 (Smedjebackens arbetarekommun) att sjukvårdstaxan även skall omfatta tandvård för vuxna

H59:1 (Norrbottens partidistrikt) att vikten av en tandvårdsförsäkring som tar större hänsyn till sänkta kostnader för patienterna utreds

H60:1 (Katrineholms arbetarekommun) att tandvårdsförsäkringen byggs ut så att den ger en trygghet och ett skydd för alla att få en god tandvård

H61:1 (Hofors arbetarekommun) att Socialdemokraterna aktivt ska driva frågan för gratis tandvård upp till 25 år

H61:2 (Hofors arbetarekommun) att tandvård på sikt ska ingå i den allmänna sjukförsäkringen

H62:1 (Örebro arbetarekommun) att tandvården inlemmas i sjukförsäkringssystemet

H62:2 (Örebro arbetarekommun) att tandvården hos tandläkaren inte kostar mer än ett läkarbesök

H62:3 (Örebro arbetarekommun) att högkostnadsskydd som vid läkarbesök och mediciner införs för tandbehandlingar

H63:1 (Trelleborg arbetarekommun) att tandvårdsförsäkringen skall byggas ut så att den fullt ut omfattar samma försäkringsskydd som alla andra kroppsdelar

H63:2 (Trelleborg arbetarekommun) att högkostnadsskyddet skall omfatta all tandvård precis på samma sätt som all övrig sjukvård

H63:3 (Trelleborg arbetarekommun) att tandvårdsförsäkringen görs till en fullt ut fungerande trygghetsförsäkring vid sjukdom

H64:1 (Lunds arbetarekommun) att SAP under mandatperioden 2014 till 2018 skall genomföra en tandvårdsreform som likställer patientavgiften för tandvård med den för övrig sjukvård

H65:1 (Härjedalens arbetarekommun) att utreda fri tandvård ur samhällsekonomiskt och hälsoekonomisk perspektiv

H65:2 (Härjedalens arbetarekommun) att efter utredningen viktas samhällsvinsten och värde för de grupper som är socialt funktionshindrade på grund av sin tandhälsa mot beräknade kostnader och verka för lagstiftning om fri tandvård

H66:1 (Skurups arbetarekommun) att partiet verkar för att patienter med Sjögrens syndrom och strålscadade patienter med muntorrhet åter kan få tandbehandling som ett led i sjukvårdande behandling och betala sjukvårdsavgift istället för att betala enligt tandvårdstaxan

H67:1 (Göteborgs partidistrikt) att Socialdemokraterna arbetar för att fler ska ha råd att bibehålla en god tandhälsa

H67:2 (Göteborgs partidistrikt) att Socialdemokraterna arbetar för att införa ett högkostnadsskydd i tandvården enligt samma modell som inom hälso- och sjukvården

H67:3 (Göteborgs partidistrikt) att Socialdemokraterna på kort sikt prioriterar att förlänga den avgiftsfria ungdomstandvården upp till 25 år

H69:1 (Söderköpings arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för en bättre tandhälsa för alla och därmed en utjämning av den klyfta som idag finns mellan de som har råd, och de som inte har råd, med en bra tandhälsa

H70:1 (Varbergs arbetarekommun) att tandläkarbesök inte skall kosta mer än ett läkarbesök

H71:1 (Jönköpings arbetarekommun) att tandvården i ökad utsträckning görs till en del av den princip om gemensam finansiering som i övrigt styr den allmänna hälso- och sjukvården

H72:1 (Växjö arbetarekommun) att socialdemokratiska partikongressen bifaller motionen

H73:1 (Sandvikens arbetarekommun) att tandvården ska ingå i högkostnadsskyddet

H74:1 (Vallentuna arbetarekommun) att tandvården skall ingå i högkostnadsskyddet, som för nuvarande högkostnad som vid läkarbesök

H75:1 (Uppsala läns partidistrikt) att ett första led i reformeringen av tandvårdsstödet i riktning mot hälso- och sjukvårdens avgiftssystem blir att avskaffa det lägre karensbeloppet i den nuvarande försäkringen

H75:2 (Uppsala läns partidistrikt) att 20-24 åringar betalar enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem för sin tandvård

H76:1 (Ovanåkers arbetarekommun - enskild) att invånarna erbjuds en allmän tandvårdsförsäkring som innebär att tandvårdsavgiften som medborgaren betalar ligger på samma nivå som patientavgifterna i den övriga vården

H77:1 (Lindesbergs arbetarekommun) att införa högkostnadsskydd för tandvården med samma utformning och kostnadstakt som det som gäller för sjukvården

H78:1 (Lunds arbetarekommun) att Socialdemokraterna låter utreda möjligheterna till och konsekvenserna av en allmän tandvårdsförsäkring utformad så att det blir samma generella avgift som tas ut vid ett besök hos tandvården som vid ett besök hos den allmänna sjukvården

H78:2 (Lunds arbetarekommun) att Socialdemokraterna tar fram ett förslag till hur en sådan tandvårdsförsäkring ska vara utformad

H79:1 (Kalmar arbetarekommun - enskild) att tandvårdsförsäkringen ska ingå i sjukförsäkringen

H80:1 (Kristianstads arbetarekommun) att tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen och därmed också i högkostnadsskyddet

H81:1 (Karlskrona arbetarekommun) att tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen

H82:1 (Ängelholms arbetarekommun) att i första hand lösa individens kostnader vid tandvård inom samhällets socialförsäkringssystem

H82:2 (Ängelholms arbetarekommun) att i andra hand sänka taket för högkostnadsskyddet i tandvården

H83:1 (Kristianstads arbetarekommun) att verka för att tandvårdslagen integreras in i hälso- och sjukvårdslagen så att det tydligt framgår att munnen är en del av kroppen

H83:2 (Kristianstads arbetarekommun) att verka för att vårdgivare ges möjlighet att mot gängse hälso- och sjukvårdsersättning (så kallad patienttaxa) remittera sina patienter till en munhälsoplanering i tandvården

H84:1 (Karlsborgs arbetarekommun) att låta tandvård ingå i den allmänna sjukförsäkringen

H85:1 (Eskilstuna arbetarekommun) att se över tandvårdsreformen så att den bättre gynnar utsatta grupper ekonomiskt och upplysningsmässigt

H86:1 (Huddinge arbetarekommun) att patientkostnader för tandvård jämföras med kostnader för annan läkarvård

H86:2 (Huddinge arbetarekommun) att samma högkostnadsskydd gäller för tandvård som övrig läkarvård

H87:1 (Haninge arbetarekommun) att man riktar högkostnadsskyddet på ett för medborgarna bättre sätt

H88:1 (Malmö arbetarekommun) att tandvård ska ingå i den allmänna sjukförsäkringen

H88:2 (Malmö arbetarekommun) att patientens kostnader för ett tandläkarbesök inte ska skilja sig från kostnaden för ett vanligt läkarbesök

H89:1 (Sundsvalls arbetarekommun) att arbeta för att tandvården innefattas i den allmänna sjukförsäkringen

H90:1 (Umeå arbetarekommun) att SAP ska arbeta för att tandvården innefattas i den allmänna sjukförsäkringen

H91:1 (Vårgårda arbetarekommun) att den allmänna sjukförsäkringen stegvis byggs ut att omfatta även tandvård

H91:2 (Vårgårda arbetarekommun) att det första steget omfattar fri tandvård till 30 års ålder

H92:1 (Skövde arbetarekommun) att tandvården görs till en del av den övriga sjukvården och bekostas på samma sätt

MOTION H58

SMEDJEBACKENS ARBETAREKOMMUN

Billigare tandvård

De allra flesta svenskar, såväl unga som äldre, har i dag en bra tandhälsa, tack vare goda och uthålliga satsningar på detta område under en mycket lång följd av år. Utifrån WHO:s mål ligger vi bra till i Sverige. Ett bibehållande av den goda tandhälsan är mycket viktigt ur hälsosynpunkt.

Ett nytt tandvårdsstöd för vuxna infördes 2008, vilket omfattar alla från och med 20 års ålder. Försäkringen innebär ett allmänt tandvårdsbidrag samt en tandvårdsersättning som skall skydda den enskilde mot höga kostnader.

Kostnadsutvecklingen inom tandvården medför dock att tandhälsan riskerar att bli en klassfråga, den nya tandvårdsförsäkringen till trots, eftersom det är alltför många som inte har råd att få en fullgod tandvårdsbehandling.

Det är dessutom viktigt att barn och unga regelbundet besöker tandvården för att inte i vuxen ålder få problem med tandhälsan. Enligt Socialstyrelsen uteblir allt fler små barn från tandläkarbesök, unga vuxna gör allt färre tandläkarbesök och många invandrargrupper har bevisligen sämre tandhälsa än svenskfödda. Allt detta får ses som varningsklockor.

Många unga vuxna gör också den smärtsamma upptäckten att ju fler hålen blir i tänderna desto större blir hålen i plånboken. Med tanke på att tänderna och munnen tillhör kroppen anser vi att kostnaden för tandvård inte skall vara högre än för sjukvård.

Partikongressen föreslås besluta:

H58:1 att sjukvårdstaxan även skall omfatta tandvård för vuxna

Smedjebackens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H59

NORRBOTTENS PARTIDISTRIKT

En rättvis tandvårdsförsäkring

Vi har som parti hävdade att tänderna är en del av kroppen. Inför valet 2006 så hade vi ett förslag om en tandvårdsförsäkring som bättre skulle trygga de som har omfattade behov av tandvård. Samtidigt så finns det allt fler som hävdar att tandvård borde ingå i högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård. Oavsett vilken väg man väljer så är det nödvändigt att utreda frågan ytterligare en gång för att reformera tandvårdsförsäkringen.

Partikongressen föreslås besluta:

H59:1 att vikten av en tandvårdsförsäkring som tar större hänsyn till sänkta kostnader för patienterna utreds

Norrbottnens partidistrikt

MOTION H60

KATRINEHOLMS ARBETAREKOMMUN

En värdig tandvårdsförsäkring

I Sverige har vi haft en bra tandvård under flera decennier vilket har resulterat i att de flesta svenskar har en god tand- och munhälsa. Den tandvårdsförsäkring som idag gäller ger inte det stöd som krävs för att vi generellt ska kunna säga att vi har ett gott skydd genom tandvårdsförsäkringen.

Vi Socialdemokrater måste ta fram ett förslag där försäkringen går in redan från början. Som det är idag så måste man komma upp i 3000 kronor för att försäkringen ska ge ett stöd.

Det är möjligt för de flesta att vårda sin tand- och munhälsa men då krävs det att man kan gå till tandläkaren när problem uppstår. Om man då tvingas att göra en ekonomisk bedömning först så prioriterar fler och fler bort att gå till tandläkaren. Detta leder till att när sen problemet blir så akut att man måste gå dit så är kostnaden så hög att man inte har råd eller drar man helt enkelt ut tanden för att den går inte att rädda.

Konsekvenserna för en tandvårdsförsäkring som inte ger stöd för kontinuerliga tandvårdsbesök ger ett samhälle där vi återigen kan se på tänderna vilken socialgrupp man tillhör och det är inte värdigt ett välfärdssamhälle.

Partikongressen föreslås besluta:

H60:1 att tandvårdsförsäkringen byggs ut så att den ger en trygghet och ett skydd för alla att få en god tandvård

Christin Hagberg

Katrineholms arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H61

HOFORS ARBETAREKOMMUN

Fri tandvård till alla ungdomar

I Sverige så har alla medborgare gratis tandvård fram tills de är 20 år, efter 20 år fyllda så ställs man utanför systemet och man får betala för sina tandläkarbesök direkt ur egen ficka. Kostnaderna kan vara på flera tusen kronor, vilket verkligen kan ha påverkan på unga, arbetslösa och/eller studerandes ekonomi. Tänderna är en del av kroppen, men ändå så ingår inte tandvård i den allmänna sjukförsäkringen, det tycker vi är absurt.

Partikongressen föreslås besluta:

H61:1 att Socialdemokraterna aktivt ska driva frågan för gratis tandvård upp till 25 år

H61:2 att tandvård på sikt ska ingå i den allmänna sjukförsäkringen

Sara Lindberg

Hofors arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H62

ÖREBRO ARBETAREKOMMUN

Låt tandvården ingå i den allmänna sjukförsäkringen

Det har blivit dyrt att gå till tandläkaren. Allt fler har inte råd med tandvård, trots att tandvårdsförsäkringen har förbättras i vissa delar. Vi ser allt oftare människor med ”gluggar” i tänderna och många vågar inte delta i samhällslivet på grund av de inte vill visa sina dåliga tänder. Vi tycker inte att människors tandhälsa ska vara ett klassmärke. Alla människor ska ha möjlighet till en god tandvård.

Partikongressen föreslås besluta:

H62:1 att tandvården inlemmas i sjukförsäkringssystemet

H62:2 att tandvården hos tandläkaren inte kostar mer än ett läkarbesök

H62:3 att högkostnadsskydd som vid läkarbesök och mediciner införs för tandbehandlingar

Fisun Yavas

Örebro arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H63

TRELLEBORG ARBETAREKOMMUN

Reformera tandvårdsförsäkringen

Befolkningen blir allt äldre. Om 30 år kommer en fjärdedel av Sveriges befolkning att vara över 65 år. Våldigt många av de som nu blivit pensionärer har idag sönderborrade och amalgamfyllda tänder.

Flertalet pensionärer i Sverige har helt enkelt inte längre råd att sköta dem. Vi håller därför i det ökade klassamhälle vi nu lever i på att få en helt tandlös äldre generation.

Våra tänder skall givetvis inte särbehandlas sjukvårdsmässigt utan äntligen börja ses som det de är, en integrerad livsviktig del av våra kroppar.

Partikongressen föreslås besluta:

- H63:1 att tandvårdsförsäkringen skall byggas ut så att den fullt ut omfattar samma försäkringsskydd som alla andra kroppsdelar
- H63:2 att högkostnadsskyddet skall omfatta all tandvård precis på samma sätt som all övrig sjukvård
- H63:3 att tandvårdsförsäkringen görs till en fullt ut fungerande trygghetsförsäkring vid sjukdom

Första S-föreningen Seniorerna i Trelleborg

Trelleborg arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H64

LUNDS ARBETAREKOMMUN

Socialdemokraterna bör driva frågan om en tandvård till samma pris som övrig vård

Tandvården är idag en av de viktigaste välfärdsfrågorna för politiken att ta tag i. Kostnaden för tandvård för den enskilde har skenat på ett sådant sätt att människor i ännu högre grad än tidigare drar sig för att gå till tandläkaren. Att ha dåliga tänder håller återigen på att bli en klassmarkör. Den borgerliga regeringen har en stark ambition att backa in i framtiden. Det är en ambition som socialdemokratin inte delar.

Regeringens politik i tandvårdsfrågan är helt oseriös. Det finns ingen som helst anledning till att tandvård ska vara dyrare än annan sjukvård! Av denna anledning bör partiet vid ett regeringsskifte vid 2014 års val genomföra en tandvårdsreform under den efterföljande mandatperioden 2014-2018, som likställer tandvårdens patientavgifter med den övriga sjukvårdens.

Partikongressen föreslås besluta:

- H64:1 att SAP under mandatperioden 2014 till 2018 skall genomföra en tandvårdsreform som likställer patientavgiften för tandvård med den för övrig sjukvård

Lunds Socialdemokratiska partidistrikt

Lunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H65

HÄRJEDALENS ARBETAREKOMMUN

Socialdemokratisk tandvårdspolitik som fyller gapen efter borgarnas år vid makten

Klyftorna i samhället växer, vilket orsakar allt större skillnader i inkomster och hälsa bland olika grupper. Onödigt ohälsa ökar bland funktionshindrade, sjukskrivna och arbetslösa. Onödigt då dessa gruppers livsvillkor är politiskt påverkbara.

Medicinsk forskning har klarlagt ett samband mellan tandohälsa och hjärtsjukdom. Då hjärtinfarkt är en av de stora orsakerna till för tidig död och det lidande och sorg det medför för familj och vänner så är alla åtgärder som kan minska orsaken mänskligt och samhällsekonomiskt motiverat.

Med målet att nå ett socialt, ekologiskt och ekonomiskt hållbart samhälle med hållbar frihet till alla föreslår jag socialdemokraternas partikongress besluta i enighet med motionens intentioner.

Partikongressen föreslås besluta:

H65:1 att utreda fri tandvård ur samhällsekonomiskt och hälsoekonomisk perspektiv

H65:2 att efter utredningen viktat samhällsvinsten och värde för de grupper som är socialt funktionshindrande på grund av sin tandhälsa mot beräknade kostnader och verka för lagstiftning om fri tandvård

Jonny Springe

Härjedalens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H66

SKURUPS ARBETAREKOMMUN

Särskilt tandvårdsstöd

Sjögrens syndrom är en autoimmun sjukdom det vill säga att det egna immunförsvaret angriper kroppen genom att skada ett eller flera organ. I första hand är det spottkörtlarna som producerar saliv och tårkörtlarna som producerar tårvätska som blir angripna.

I munnen finns stora salivkörtlar och ett stort antal små körtlar. De stora salivkörtlarna bildar saliv när man äter och hjälper till att smälta maten. De små körtlarna bildar saliv hela tiden. Den saliven ska skydda

och smörja slemhinnan i munnen men har också stor betydelse för munhälsan då patienterna lider av svår muntorrhet som medför stora risker för tandsjukdomar.

Sedan början av 90-talet har patienter med Sjögrens syndrom haft möjlighet att få tandvård som ett led i sjukvårdsbehandling och betala sjukvårdsavgift för tandbehandling. Detsamma har gällt för patienter som strålskadats i munhålan.. Denna möjlighet tas nu bort vid årsskiftet när den nya tandvårdsreformen träder i kraft. Då får patienter med Sjögrens syndrom och strålskadade i munnen betala efter vanlig tandvårdstaxa och ersätts endast med att patienten får två profylaxbehandlingar.

Partikongressen föreslås besluta:

H66:1 att partiet verkar för att patienter med Sjögrens syndrom och strålskadade patienter med muntorrhet åter kan få tandbehandling som ett led i sjukvårdande behandling och betala sjukvårdsavgift istället för att betala enligt tandvårdstaxan

Inger Wennhall

Skurups arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H67

GÖTEBORGS PARTIDISTRIKT

Tandhälsa

Tandhälsan har blivit ett klassmärke. Att vårda sin tandstatus och bibehålla en god tandhälsa är kostsamt. Många har inte råd och tändernas status blir ett klassmärke. Konsekvenserna för den enskilde kan bli stora både kosmetiskt men också praktiskt. Man kan få svårt att äta och få problem i sitt sociala liv. Det är inte anständigt. Problemet är inte nytt och det har uppmärksammat tidigare i det Socialdemokratiska partiet. På partikongressen 2009 fattades det beslut om ett långsiktigt mål "att införa ett högkostnadsskydd av samma modell som inom hälso- och sjukvården. På kort sikt prioriterar vi att förlänga den avgiftsfria ungdomstandvården upp till 25 år." I Västra Götaland har Socialdemokraterna varit en föregångare och gick till val på att höja åldersgränsen för fri tandvård till 22 år. Detta finns inskrivet i budgeten. Det förebyggande arbetet är en prioriterad fråga i Västra Götalands budget för en Jämlik tandvård. Resurserna skall finnas där de behövs mest. Frisk tandvård skall erbjudas vid samtliga allmäntandvårdskliniker. Socialdemokraterna i Göteborg anser att det förhållningssättet är viktigt och också ska vara vägledande nationellt.

Vi vill med denna motion se till att frågan inte försvinner utan även fortsättningsvis är prioriterad. När vi vinner valet 2014 kommer det att finnas många områden där vi behöver se över vårt trygghetssystem. Tandhälsan är ett av dem.

Partikongressen föreslås besluta:

H67:1 att Socialdemokraterna arbetar för att fler ska ha råd att bibehålla en god tandhälsa

- H67:2 att Socialdemokraterna arbetar för att införa ett högkostnadsskydd i tandvården enligt samma modell som inom hälso-och sjukvården
- H67:3 att Socialdemokraterna på kort sikt prioriterar att förlänga den avgiftsfria ungdomstandvården upp till 25 år

Göteborgs partidistrikt

MOTION H68

VALDEMARSVIKS ARBETAREKOMMUN

Tandhälsa ett allt större folkhälsoproblem

Tandhälsan hos en befolkning är intimt förknippad med många stora folkhälsoproblem, det visar all forskning på området. Forskare har lyckats hitta effekter och relationer mellan dåliga tänder och fetma, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, och många andra sjukdomsområden. Tandhälsans betydelse för det goda livet, får inte underskattas.

Dessvärre verkar bra tandhälsa mer och mer bli en socioekonomisk fråga. Har man råd eller inte med bra tänder. Studier av ungdomars och vuxnas inställning till den egna tandhälsan visar att de med låg utbildning, och de som arbetslösa i många fall har en mer negativ inställning till behovet av en god tandhälsa.

Socialdemokraterna har tidigare genomfört tandvårdsreformer, många av dessa har haft en positiv effekt på folkhälsan, men klyftan kvarstår. Det är dags att på nytt ta upp frågan och agera för att alla svenskar ska ha möjlighet att må bra.

Partikongressen föreslår besluta:

- H68:1 att Socialdemokraterna verkar för en bättre tandhälsa för alla och därmed en utjämning av den klyfta som idag finns mellan de som har råd, och de som inte har råd, med en bra tandhälsa

Carina Plomén

Valdemarsviks arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H69

SÖDERKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

Tandhälsa ett allt större folkhälsoproblem

Tandhälsan hos en befolkning är intimt förknippad med många stora folkhälsoproblem, det visar all forskning på området. Forskare har lyckats hitta effekter och relationer mellan dåliga tänder och fetma,

diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, och många andra sjukdomsområden. Tandhälsans betydelse för det goda livet, får inte underskattas.

Dessvärre verkar bra tandhälsa mer och mer bli en socioekonomisk fråga. Har man råd eller inte med bra tänder. Studier av ungdomars och vuxnas inställning till den egna tandhälsan visar att de med låg utbildning, och de som arbetslösa i många fall har en mer negativ inställning till behovet av en god tandhälsa.

Socialdemokraterna har tidigare genomfört tandvårdsreformer, många av dessa har haft en positiv effekt på folkhälsan, men klyftan kvarstår. Det är dags att på nytt ta upp frågan och agera för att alla svenskar ska ha möjlighet att må bra.

Partikongressen föreslår besluta:

H69:1 att Socialdemokraterna verkar för en bättre tandhälsa för alla och därmed en utjämning av den klyfta som idag finns mellan de som har råd, och de som inte har råd, med en bra tandhälsa

Gunweig Svensson

Söderköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H70

VARBERGS ARBETAREKOMMUN

Tandhälsan i Sverige

Tandhälsan riskerar att bli en klassmarkör på grund av att det upplevs som för dyrt att besöka tandläkarmottagningen. Det är viktigt för det egna välbefinnandet och för folkhälsan att man kan in ta föda utan besvär av dåliga tänder.

Partikongressen föreslår besluta:

H70:1 att tandläkarbesök inte skall kosta mer än ett läkarbesök

Viveca Haugness

Varbergs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H71

JÖNKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

Tandvård

De senaste åren med moderatledda privatiseringar i kombination med stora inkomstskattesänkningar har ritat om den välfärdspolitiska kartan för många människor i vårt land. I kommuner, landsting och på nationell nivå har resurser överförts från offentlig sektor till privata plånböcker på en mängd olika sätt. Gemensamt har varit att reformerna inneburit en omvänd fördelningspolitik, tvärtemot de Robin Hoodtankar som väglett socialdemokratins reformer genom åren.

En av de viktigaste utmaningarna för svensk socialdemokrati idag måste vara att återskapa ett förtroende för och en tillit till det gemensamma projektet, där välfärdspolitiken är central. Att skapa en trovärdig och hållbar tillväxt och välfärd för alla måste bli det alternativ, mot vilket moderatledda skattesänkningar ställdes i de val som 2014 är i annalkande. Centralt blir då att visa vad socialdemokratin vill göra istället för att sänka skatter. Här kan vårt parti göra mera än idag.

Ett välfärdsområde inom hälso- och sjukvården som kan utvecklas ännu bättre i detta avseende är tandvården. Många är de människor som idag drar sig för att uppsöka tandvård av ekonomiska skäl. I kombination med regeringens omvända Robin Hoodpolitik blir de dessutom med tiden allt fler.

Målet måste vara att på sikt tänderna blir en del av den allmänna gemensamt finansierade sektorn. En sådan reform är självklart kostsam men det hindrar inte att i det kortare perspektivet första steg måste tas.

Partikongressen föreslås besluta:

H71:1 att tandvården i ökad utsträckning görs till en del av den princip om gemensam finansiering som i övrigt styr den allmänna hälso- och sjukvården

Styrelsen för Jönköpings arbetarekommun

Jönköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H72

VÄXJÖ ARBETAREKOMMUN

Tandvård - högkostnadsskydd

I kölvattnet på Alliansens politik har löntagare – framförallt de med deltidsjobb, visstidsanställning och vikariat, pensionärer, sjuka och arbetslösa fått det ekonomiskt sämre. Detta gör att människor prioriterar bort det som inte är det absolut nödvändigaste. En del plockar bort de dyrare medicinerna och riskerar därmed att bli ännu sjukare. Många prioriterar bort tandvården, och när det blir akut sker det ofta på tändernas bekostnad – det billigaste är att dra ut den trasiga tanden i stället för lagning. Till slut har man

inte många tänder kvar, det blir svårt att tugga maten och följderna blir därmed sjukdomar i resten av kroppen. En god munvård och tandvård har blivit en klassfråga i Sverige som det är idag. Detta är stora kostnader men liksom andra reformer som Socialdemokratiska partiet har genomfört genom åren så är detta genomförbart på sikt och till gagn för det svenska folket, liksom det är en reform för partiets välfärdsbyggande.

Vi menar att tänderna tillhör kroppen och ska vara en del av sjukvården livet igenom.

Partikongressen föreslår besluta:

H72:1 att socialdemokratiska partikongressen bifaller motionen

H72:2 att Socialdemokraterna på sikt verkar för att tandvården ska ingå i högkostnadsskyddet för att alla medborgare i landet ska få del av en god tandvård – liksom sjukvård

Marianne Nordin och Gullvi Strååt

Växjö arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H73

SANDVIKENS ARBETAREKOMMUN

Tandvård för alla

Tandvården ska vara en rättighet för alla och vara en del av sjukvårdens högkostnadsskydd. Pensionärer har idag inte råd att laga sina tänder. Detta gäller alla låginkomsttagare i samhället idag.

Partikongressen föreslår besluta:

H73:1 att tandvården ska ingå i högkostnadsskyddet

Lena Erixon och Annika Lindroth

Sandvikens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H74

VALLENTUNA ARBETAREKOMMUN

Tandvård ska in under högkostnadsskyddet

På 70 talet var över hälften av 70 åringarna tandlösa. Reformera tandvården nu!

Risken ökar att få sjukdomar med högre ålder, också tandsjukdomar. En del sjukdomar medför också att vi får svårare att sköta tänderna själva. Med nuvarande pension får allt fler svårigheter (amalgamgenerationen) att betala för stora lagningar, implantat, gamla fyllningar, kronor, bryggor osv, ju

äldre vi blir utgör risken för större frakturer, ökar risken för karies och problem med tänder på grund av muntorrhet som är till följd av olika mediciner på grund av detta har många äldre stora behov av implantat. 4 implantat kostar ca 40.000:- kronor. Hur många pensionärer har dessa pengar?

Partikongressen föreslås besluta:

H74:1 att tandvården skall ingå i högkostnadsskyddet, som för nuvarande högkostnad som vid läkarbesök

Rolf Lindblad, Socialdemokratiska seniorgruppen i Vallentuna
Vallentuna arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H75

UPPSALA LÄNS PARTIDISTRIKT

Tandvård till befolkningen

Det senaste decenniet har varit en tid med stora förväntningar på ett förbättrat tandvårdsstöd. I en rejäl satsning skulle ett steg tas med det långsiktiga målet att munnen skulle återförenas med kroppen där patienternas kostnader för tandvård skulle likna kostnaderna för sjukvård.

Av det hela har det bara blivit en förstärkt hjälp till dem som har stora eller extremt stora behov, vilket är ca 10 procent av den vuxna befolkningen. Alla andra har i praktiken fått ett försämrat stöd från det allmänna. Det allmänna tandvårdsbidrag, som i bästa fall kan bli värt 300 kr/år förändrar inte detta faktum.

Den som går till tandläkaren och det visar sig att ett hål behöver lagas (flerytsfyllning) får betala 1 875 kr förutsatt att det allmänna tandvårdsbidraget på 150 kr inte redan utnyttjats (exempel från folktandvården i Uppsala län). Visar det sig att skadan var lite större, så att tanden behöver rotbehandlas kostar det 3 953 kr. För många människor är det alltså fortfarande en högst realistisk bild att besöket hos tandläkaren kostar flera tusen kronor som patienten helt och hållet får stå för själv.

Tandvårdsstödet är således numera långtifrån ett stöd till hela befolkningen. Det är ett stöd till dem som först kan betala 3 000 kr helt ur egen ficka och därefter hälften av resterande del. Då är det i allmänhet frågan om omfattande behandlingar, vilket gör att den verkliga egenandelen utan vidare kan bli tiotusentals kronor. För att få del av den statliga hjälpen, måste man först själv kunna betala stora belopp. Det är ett system som utesluter många från möjligheten att faktiskt få allmän hjälp med sin tandvård.

Ett viktigt syfte med tandvårdsstödet borde vara att ge alla möjlighet att uppnå och bibehålla en rimlig tandhälsa. Det sker dels genom en kombination av god egenvård och regelbunden vård/kontroll i tandvården, samt dels genom oral rehabilitering då behov uppstår. Med nuvarande ersättningsnivåer är det lätt att förstå att många drar sig för att besöka tandvården regelbundet. Strängt taget vet man inte om besöket kommer att dra med sig kostnader på 700 – 800 kr, eller om räkningen kommer att bli flera tusen kronor.

För den stora grupp av patienter som har relativt normala vårdbehov har det samhälleliga stödet inte varit sämre sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1975. Det stora problemet med att många skjuter upp eller helt ställer in sina tandvårdsbesök och avböjer angelägna behandlingar har inte varit större på 30 år.

När nuvarande tandvårdsstöd varit i bruk i drygt två och ett halvt år kan de utvärderingar som Försäkringskassan gjort tjäna som vägledning om hur väl det svarar mot befolkningens behov. När det gäller hur många som får nytta av högkostnadsskyddet så är det mindre än 10% av patienterna. I jämförelse med det gamla tandvårdstödet har det blivit dyrare för ca 95% i det nya systemet. Fördyringen för genomsnittspatienten är ca 15%. Inte heller satsningen på de yngre (20-29 år) har fått någon effekt. Det är bara ca 60% av denna åldersgrupp som besöker tandvården under en tvåårsperiod.

Ett annat sätt att konstatera att tandvårdstödet inte når avsedd effekt är att under de senaste två åren har statens kostnader årligen varit mellan ca 1,5 till ca 1,8 miljarder lägre än budgeterat.

Om tandvårdsstödet ska syfta till att ge hela befolkningen möjlighet till en god tandhälsa, måste hela befolkningen uppleva att de har ett tandvårdsstöd som ger dem råd att besöka tandvården. Så är det inte idag, utan många tvingas att på begripliga grunder göra andra prioriteringar. Det är i högsta grad angeläget att åtgärder snarast vidtas så att arbetet mot att föra in tandvården i den övriga sjukvårdens avgiftssystem kommer igång. En rimlig åtgärd är att börja med de unga vuxna, så att den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården följs av en period med ett högkostnadsskydd på 900 kr upp till 24 års ålder.

Därutöver måste åtgärder sättas in för att hjälpa resten av den vuxna befolkningen med sina basala tandvårdsbehov. Ett första steg bör vara att avskaffa det lägre karensbeloppet i tandvårdsförsäkringen. Då skulle alla få hjälp med sina tandvårdskostnader till hälften. För den enskilda är det stor skillnad på det nämnda exemplet 1 875 kr för en ganska vanlig åtgärd mot ca 950 kr om karensbeloppet avskaffas.

Partikongressen föreslås besluta:

- H75:1 att ett första led i reformeringen av tandvårdsstödet i riktning mot hälso- och sjukvårdens avgiftssystem blir att avskaffa det lägre karensbeloppet i den nuvarande försäkringen
- H75:2 att 20-24 åringar betalar enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem för sin tandvård

Britt Nilsson

Uppsala läns partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H76

OVANÅKERS ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Tandvården

Längre tillbaka kunde tandvården bara utnyttjas av de välbeställda medborgarna i samhället.

Folk tandvården som infördes gav alla möjlighet, rent ekonomiskt, till en god tandvård. Idag verkar det som vi är på väg tillbaka till klassamhället, fler och fler avstår tandläkarbesök på grund av höga kostnader. Vi anser att tänderna tillhör kroppen och bör därför ingå i helhetssynen av människan.

Partikongressen föreslår besluta:

H76:1 att invånarna erbjuds en allmän tandvårdsförsäkring som innebär att tandvårdsavgiften som medborgaren betalar ligger på samma nivå som patientavgifterna i den övriga vården

Marlene Johansson, Lena Woxberg och Ylva Ivarsson

Ovanåkers arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H77

LINDESBERGS ARBETAREKOMMUN

Tandvården borde ha ett högkostnadsskydd i samma nivå som sjukvården

Det finns idag ett välfungerande högkostnadsskydd inom sjukvården. I detta ingår allt ifrån besök på vårdcentralen till högspecialiserad vård. Min totala kostnad som patient ska inte överstiga 1 100 kr. Tillpatientavgifter räknas både besök inom landstingens regi och besök hos privata aktörerna som har avtal med landstingen. Även om jag behöver uppsöka vård i ett annat landsting ingår det i mitt högkostnadsskydd trots att kostnaden för mitt hemmlandsting blir betydligt högre.

I det allmänna högkostnadsskyddet ingår viss tandvård. Detta är dock kraftigt begränsat. Vanliga tandvårdskontroller och behandlingar ingår inte i det allmänna högkostnadsskyddet, däremot finns det möjlighet att få viss tandvård som en del av en medicinsk behandling. För att kunna få detta krävs det en remiss från din läkare. Är du äldre och har ett stort behov finns det också vissa möjligheter att få din tandvård som en del av ditt högkostnadsskydd, men då måste du först få ett s.k. tandvårdsstödintyg.

När det gäller högkostnadsskyddet för tandvård ser reglerna annorlunda ut. När det gäller tandvården så har alla åtgärderna som omfattas av högkostnadsskyddet försetts med ett referenspris som är bestämt av staten. Det är beräknat på detta referenspris Försäkringskassan betalar ut ersättning, inte det faktiska pris tandläkaren tar ut.

Jag som patient betalar själv för åtgärder som har referenspris på upp till 3000 kr, sedan får jag ersättning för 50% av kostnader med ett referenspris mellan 3000 och 15000 och 85% av kostnader med ett referenspris överstigande 15000 kr per år. Högkostnadsskyddet börjar räknas när en åtgärd som ingår i skyddet blir kla, efter det räknas alla åtgärder jag får gjorda under året in i högkostnadsskyddet.

Detta betyder att jag får en subventionering av mina tandvårdskostnader, inte att det finns ett tak för hur stora kostnader kan bli. Riksrevisionen konstaterar i en debattartikel publicerad i DN den 22 maj 2012 att det finns en grupp som högkostnadsskyddet inte når, nämligen människor med dålig tandhälsa och låga inkomster. Även unga människor sparar in på förebyggande besök av kostnadsskäl. Tandvård är i praktiken något många låginkomsttagare sparar in på då de gör bedömningen att de inte har råd med tandläkarbesök. Vi får med andra ord ökas segregering när det gäller tandhälsa. Med dålig tandhälsa följer ofta andra sjukdomar samt en stigmatisering i samhället. Dåliga tänder är något många skäms för förutom

att det är ett hälsoproblem. Denna skillnad mellan olika socioekonomiska grupper är inte värdigt ett land som Sverige.

Partikongressen föreslår besluta:

H77:1 att införa högkostnadsskydd för tandvården med samma utformning och kostnadstakt som det som gäller för sjukvården

Irja Gustavsson och Linda Svahn

Lindesbergs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H78

LUNDS ARBETAREKOMMUN

Tandvården borde vara en del av den allmänna sjukvården

Alla har en självklar rätt till en god tandhälsa. Att inte sköta om sina tänder ger inte bara sämre munhälsa utan det kan också leda till andra sjukdomar. Något som blir mycket kostsamt både i mänskligt lidande och för samhället. Men i dag är det alltför många människor som inte har råd att gå till tandläkaren. Ett besök hos en tandhygienist kostar flera hundra kronor och en vanlig undersökning hos en tandläkare kan gå på nära en tusenlapp. De höga kostnaderna hindrar personer från att gå till tandhälsovården trots att behovet föreligger.

Om tandvården ska syfta till att ge hela befolkningen möjlighet till en god tandhälsa, måste hela befolkningen uppleva att de har råd att besöka tandvården. Så är det inte idag, utan många tvingas att göra andra prioriteringar. Tandhälsan är återigen på väg att bli ett klassmärke. Det är hög tid att arbetet för att föra in tandvården i den övriga sjukvårdens avgiftssystem kommer igång.

En allmän tandvårdsförsäkring skulle istället vara utformad för att den som behöver tandvård inte skulle avstå på grund av ekonomiska skäl. Det skulle dessutom ge personer större möjlighet till förebyggande tandvård vilket också skulle hålla nere de totala kostnaderna och förbättra tandhälsan på sikt. Reformen bygger på principen om generell välfärd, att alla är med och betalar efter bärkraft och att alla omfattas av försäkringen på lika villkor. Att finansieringen sker solidariskt och insatser ges vid behov – likt insatser inom den allmänna sjukvården.

Partikongressen föreslår besluta:

H78:1 att Socialdemokraterna låter utreda möjligheterna till och konsekvenserna av av en allmän tandvårdsförsäkring utformad så att det blir samma generella avgift som tas ut vid ett besök hos tandvården som vid ett besök hos den allmänna sjukvården

H78:2 att Socialdemokraterna tar fram ett förslag till hur en sådan tandvårdsförsäkring ska vara utformad

Anna-Lena Hogerud

Lunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H79

KALMAR ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Tandvårdsförsäkring

Göran Persson var tydlig och deklarerade att man inte ska behöva se vilken samhällsklass man kommer ifrån när man öppnar munnen. Ett påstående som är helt rätt.

Det är många gånger höga kostnader att gå till tandläkaren och det är inte alla som har råd. När det gäller övrig vård ställer vi inte dem kraven att själv stå för kostnaden. Tandvården är självklart lika viktig som övrig sjukvård.

Det är rimligt att tandvårdsförsäkringen ska ingå i sjukförsäkringen.

Partikongressen föreslås besluta:

H79:1 att tandvårdsförsäkringen ska ingå i sjukförsäkringen

Jussi Gröhn

Kalmar arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H80

KRISTIANSTADS ARBETAREKOMMUN

Tandvårdsförsäkring

Det är många som inte har råd att gå till tandläkaren på grund av att kostnaderna är stora. De får en försämrad tandhälsa och därmed mår hela kroppen dåligt.

Tandvården är självklart lika viktig som övrig sjukvård, det är konstigt att tänderna inte räknas in i övriga kroppen hos människan och ingår i den vanliga sjukvården.

Tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen.

Citat från Göran Persson på LO-kongressen 2000 – ”Min uppfattning är att när tandvårdsförsäkringen blivit så dålig att man ser vilken samhällsklass folk kommer ifrån när de öppnar munnen, då har vi vridit klockan tillbaka. Tandhälsan får inte bli ett klassmärke som den var en gång i tiden”.

Partikongressen föreslås besluta:

H80:1 att tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen och därmed också i högkostnadsskyddet

Katarina Honoré, ordförande Handels socialdemokratiska förening Nordöstra Skåne
Kristianstads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H81

KARLSKRONA ARBETAREKOMMUN

Tandvårdsförsäkring

Det är många som inte har råd att gå till tandläkaren på grund av att kostnaderna är stora, utan får en försämrad tandhälsa även då den borgerliga regeringen har infört små förändringar för tandvården.

Tandvården är självklart lika viktig som övrig sjukvård, det är något konstigt att tänderna inte räknas in i övriga kroppen hos människan och ingår i den vanliga sjukvården.

Tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen.

Citat från Göran Persson på LO-kongressen 2000 – ”Min uppfattning är att när tandvårdsförsäkringen blivit så dålig att man ser vilken samhällsklass folk kommer ifrån när de öppnar munnen, då har vi vridit klockan tillbaka. Tandhälsan får inte bli ett klassmärke som den var en gång i tiden”.

Partikongressen föreslås besluta:

H81:1 att tandvårdsförsäkringen skall ingå i sjukförsäkringen

Rödeby S-förening, Varvets S-förening, S- Kvinnor i Karlskrona, IF Metalls S-förening, Kommunals S-förening och Handels S-förening

Karlskrona arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H82

ÄNGELHOLMS ARBETAREKOMMUN

Tandvårdsförsäkringen

Många människor upplever idag att tandvårdskostnaderna är mycket höga. Svårast att klara höga kostnader har människor med låga löner, ensamstående förälder, unga, gamla, sjuka och arbetslösa. Vi anser att idag är tandstatusen en klassfråga. Vi vill därför att tandvården borde innefattas i högkostnadsskyddet för sjukvård och medicin, precis som det andra kroppsdelarna gör.

Partikongressen föreslås besluta:

H82:1 att i första hand lösa individens kostnader vid tandvård inom samhällets socialförsäkringssystem

H82:2 att i andra hand sänka taket för högkostnadsskyddet i tandvården

Christer Hansson

Ängelholms arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H83

KRISTIANSTADS ARBETAREKOMMUN

Tandvårdslagen ska ingå i hälso- och sjukvårdslagen

Dagens tandvårdsreform är nu så komplicerad att inte ens alla tandvårdens professionella känner till alla detaljer i den. I januari 2013 blir det ännu mer komplicerat när det så kallade tredje steget införs. Ännu mer tid kommer då att ägnas åt administration av den jättekoloss som dagens tandvårdsersättningsystem tillåtit bli. Även inom alliansen har det på senare tid höjts röster om att den nuvarande tandvårdsförsäkringen är dålig för både medborgare och samhälle. Det är ett faktum att den försäkring som infördes 2008 innebar en försämring i sin ersättningsmodell för drygt 80% av befolkningen. Medborgarna klagar nu med rätta att det är för dyrt att gå till tandläkaren och regelbundna besök skjuts upp. Risken är att detta snart kommer att påverka svenskarnas hälsoutveckling negativt. Det finns därför stor anledning för oss socialdemokrater att se över denna fråga.

Friska medborgare är en grundförutsättning för en fortsatt positiv samhällsutveckling. Detta är vi alla överens om.

Trots detta tycks vi inte vara nämnvärt upprörda att tandvården och hälso- och sjukvården inte kan samarbeta bättre för att vi ska hålla oss friska. Vi tycks faktiskt mest intressera oss för att det inte ska få kosta oss så mycket som enskilda individer när vi väl blir sjuka...

Om onödig tid och resurs ägnas åt rehabiliterande (återställande, botande) vård för åkommor som enkelt kan förebyggas så innebär detta förluster som i slutändan tär hårt på våra begränsade tillgångar. Detta är vi alla överens om.

Att en brist på ett väl fungerande sjukdomsförebyggande samarbete mellan hälso- och sjukvård och tandvård dessutom oftast även innebär en ren ekonomisk förlust och ett onödigt lidande för den enskilda individen, är ett ytterligare beklagligt faktum. Detta är vi säkert också alla överens om. Vi ska inte behöva lida och bli sjuka och dessutom betala extra för att vården inte samarbetar.

Den gemensamt finansierade hälso-, sjuk- och tandvård vi har i Sverige syftar ytterst till att säkra hälsan hos medborgarna. Detta är vi alla överens om och villiga att lägga skattekröner på.

För att nå detta gemensamma mål bör det rimligen finnas strukturella och praktiska möjligheter för hälso- och sjukvården och tandvården att upprätta en gemensam strategi (ett samlat och fokuserat sätt att arbeta på). Detta borde vi alla rimligen vara överens om. Men så vist är dock den svenska vårdapparaten inte riggad i dag.

Med de rätta politiska besluten fattade kan vi dock enkelt ändra på detta.

De oacceptabla konsekvenserna av att vi i dag inte har ett väl fungerande samarbete mellan övrig vård och tandvård är en grundläggande fråga som vi måste lösa, och lösningen kräver troligen många överväganden och beslut. Denna motion vill peka på det första viktiga beslutet för att vi ska få en vårdkedja där munnen inte glöms bort.

För närvarande finns en allmänt accepterad strukturell separation mellan de hälsovårdanden verksamheterna. När vi i allmänhet talar om tandvård och tandvårdsstöd så tycks dock vår första instinkt vara att begära ett högre ekonomiskt stöd för den reparerande (lagande) tandvården. Att höja nivån för tandvårdsersättning för fyllningar varken kommer eller kan nämnvärt öka nivån på munhälsa i befolkningen. Vi blir inte friskare om vi får fler lagningar.... Vi blir bara friskare på befolkningsnivå om fler får behålla sina från början friska tänder.

Högre tandvårdsersättning kommer inte heller att ta bort obehaget för dem som får vänta med sin hälsoutveckling till dess olyckan har slagit till. Det är som bekant aldrig en bra strategi att vänta till ohälsa visat sitt fula tryne innan man startar att ta sig an själva problemet...

Grundproblemet när det gäller munhälsa är inte att det kostar att utföra tandvårdsreparationer, utan problemet är att vi i dag inte använder den kunskap som redan finns kring samband mellan munhälsa och allmänhälsa.

Vi vet nu med säkerhet att munhälsan påverkar allmänhälsan och att allmänhälsan påverkar munhälsan. Och ändå så samarbetar inte övriga vården och tandvården på ett bra och fokuserat vis kring din mun. Varför inte det då? Jo, med säkerhet beror detta på att de i dag tillhör helt olika "hälsosystem", reglerade av olika lagar och (delvis) ersatta efter olika modeller och med olika huvudmän. Så som övrig vård och tandvård för närvarande är upplagt får många behövande medborgare inte den hjälp de behöver för att undvika kostsamma (och ibland smärtsamma) tandvårdsbesök. Detta måste vi socialdemokrater ändra!

Några exempel: den som är dement får oftast inte den hjälp som behövs för att bibehålla sin munhälsa, i stort sett ingen inom sjukvården planerar för hur du ska få behålla dina tänder om du får en stroke, får du muntokande mediciner för din psykiska sjukdom är det inte troligt att någon automatiskt hjälper dig behålla dina tänder trots att du fått medicin som gör att saliven försvinner och tänderna blir dåligt skyddade. Den som har diabetes får lättare tandköttsinfektion med tandlossning och de infekterade tandkötten gör i sin tur att diabetessjukdomen blir värre. Med en samtidig munhälsovård kan dessa individers livskvalitet och behandling lyftas. Pengar och lidande sparas. Men det sker inte – troligen för att sjukvården sitter i sitt stuprör och har för dålig information och dessutom känner de inte till tandvårdens komplicerade ersättningssystem.

Detta är oacceptabelt i ett samhälle som kan förväntas bygga sina strukturer baserat på vetenskap och tillgänglig kunskap.

Att tandvården styrs av tandvårdslagen, och att denna lag inte ligger med som en integrerad del av hälso- och sjukvårdslagen, leder till att samarbetet mellan tandvård och den övriga vården inte är eller blir så självklart och enkelt som det i grunden borde vara. Detta kan vid första anblick tyckas vara en ren ordningsfråga men jag menar med bestämdhet att det är av avgörande betydelse i den hierarkiskt och budgetstyrda vårdvärlden.

Räcker det då inte att vi socialdemokrater kämpar för att Tandvårdsförsäkringen skall ingå i Sjukförsäkringen?

Nej, det räcker inte! Det är inte bara själva kostnaden för vården som vi kortsiktigt ska se till. Det är viktigt att alla vårdande instanser både lär känna, kan och får ta sitt ansvar även för munnen. Detta uppnår vi enbart om tandvårdslagen skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen.

När vi väl genomfört detta första logiska steg för integration mellan munnen och den övriga kroppen kan vi nyktert börja se på stödmodellerna och kostnadsbilden för medborgaren. Att börja med stödmodellen blir i sämsta fall kostnadsdrivande, och de enda som då möjligen kan stå att vinna på detta är tandvårdsutförarna. Som steg två kan vi sedan lova medborgarna att vi ska se över dagens genomkomplicerade tandvårdsstöd för att göra det så ändamålsenligt och begripligt att var och en både kan förstå och utnyttja det.

När tandvårdslagen blir en del av hälso- och sjukvårdslagen behövs ett enkelt sätt för den övriga vården att kunna utnyttja tandvården som en planerande resurs. Det krävs att de övriga vårdgivarna kan remittera sina patienter för konsultationer och att en sådan remiss endast kostar patienten som ett besök i den övriga vården. Observera att denna sista punkt således enbart ska gälla för munhälsoplanering, inte munhälsosanering. Frågan hur patientens eventuella behov av reparerande eller förebyggande tandvård ska finansieras får lösas i samråd mellan patient och tandvården efter de ersättningsmodeller som finns för tandvården.

Det viktiga är att vi tar bort barriären för övrig vårdverksamhet att skriva en remiss till tandvården för att få ett expertutlåtande och starta den nödvändiga dialog som ska gagna patientens hälsoutveckling. Ingen i tandvården tvingar patienten att göra dyr tandvård, men patienten bör för en fast och rimlig taxa kunna få veta om och vad det eventuellt finns att göra i munnen för att hälsan ska kunna påverkas positivt. Detta är ett minimikrav på samarbete om vi ska kunna begära att vården ska leverera God Vård. Med nedan två förslag gör vi socialdemokrater det möjligt!

Partikongressen föreslås besluta:

- H83:1 att verka för att tandvårdslagen integreras in i hälso- och sjukvårdslagen så att det tydligt framgår att munnen är en del av kroppen
- H83:2 att verka för att vårdgivare ges möjlighet att mot gängse hälso- och sjukvårdsersättning (så kallad patienttaxa) remittera sina patienter till en munhälsoplanering i tandvården

Ingalill Persson Bakker

Kristianstads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H84

KARLSBORGS ARBETAREKOMMUN

Tandvårdsstödet

En granskning från riksrevisionen som publicerats 22 maj 2012 visar att tandvårdsreformen från 2008 inte har fungerat fullt ut. Sedan 2008 har 2 miljarder betalats ut i tandvårdsbidrag. Granskningen pekar på 2

huvudförklaringar till att högkostnadsskyddet inte når ända fram till dem med störst behov. Den första är att många inte känner till skyddet, vissa personer skulle i större utsträckning söka sig till tandvården om de visste att skyddet fanns, den andra förklaringen är att karensnivån på 3000 kronor är för hög för dem som har stora behov och samtidigt låga inkomster, som på sikt kan leda till sjukdom och onödigt lidande för den enskilde samt hög kostnad för staten.

Partikongressen föreslås besluta:

H84:1 att låta tandvård ingå i den allmänna sjukförsäkringen

Elise-Marie Samuelsson

Karlsborgs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H85

ESKILSTUNA ARBETAREKOMMUN

Tandvård/hälsa

Vid -90 talets budgetsanering försämrades möjligheten till tandvård i vuxen ålder avsevärt. Den återställdes delvis men inte till fullo. Tänderna är en viktig del av kroppen och är fortfarande i mångt och mycket en klassfråga. I Socialstyrelsens rapport från 2009 är Socioekonomiska faktorer och födelseland faktorer som har stor betydelse. Bland ensamstående med hemmavarande barn, låginkomsttagare, studenter, långtidssjukskrivna, arbetssökande, hemarbetande och personer födda utanför Norden är det betydligt fler som har avstått från tandvård helt eller delvis på grund av ekonomiska skäl.

Situationen för dessa grupper har inte blivit bättre 2012, snarare sämre.

Partikongressen föreslås besluta:

H85:1 att se över tandvårdsreformen så att den bättre gynnar utsatta grupper ekonomiskt och upplysningsmässigt

Haidi Opava

Eskilstuna arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H86

HUDDINGE ARBETAREKOMMUN

Tänder en del av kroppen

För sådan tandvård som du får på sjukhus och tandvård som ingår i en sjukdomsbehandling, till exempel om du måste vara fri från en infektion i munnen inför en operation, betalar du landstingets vanliga patientavgift. Men för annan tandvård som du måste ha för att tänderna ska vara hela, betalar du det tandläkaren säger att du ska betala. Du kan och bör jämföra priset mellan olika tandläkare, för det kostar verkligen olika.

Återigen ser vi en välfärdsverksamhet som blivit en marknad. Där du som patient förvandlats till konsument. Där DU själv har ansvaret för att hålla reda på var en rotfyllning är billigast och hoppas att den blir rätt utförd.

Tänderna är en viktig del av kroppen. Du behöver hela tänder för att kunna tugga din mat så att magen är i trim att sända ut näringen till alla kroppens delar. Ändå särbehandlas karies, som ju är en infektionssjukdom, mot andra sjukdomar. Får du benröta behandlas du och betalar patientavgifter men får du tandröta (karies) kan du få betala hur mycket som helst.

Tänderna bör jämföras med andra delar av kroppen och tandvård bör ingå i sjukvården.

Partikongressen föreslås besluta:

H86:1 att patientkostnader för tandvård jämföras med kostnader för annan läkarvård

H86:2 att samma högkostnadsskydd gäller för tandvård som övrig läkarvård

Leif Nysmed

Huddinge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H87

HANINGE ARBETAREKOMMUN

Tänder och sammanhangen med kroppen

Alla behöver sina tänder helst hela livet och det är av största vikt av många olika anledningar, kost och näring, det sociala att kunna le och tugga eller prata. Det har blivit mycket dyrt att göra tandläkarbesök och det har lett till att många människor avstår ända tills det gör så ont att man inte har något val, då kan det vara försent att laga tanden och man kanske får betala många tusenlappar och dessutom dra ut tanden. Särskilt har det visat sig att många unga avstår från tandläkarbesök när man inte längre har det gratis, det har medfört sämre tandhälsa bland unga vuxna. Möjligheten att behålla en god tandhälsa har blivit en klassfråga.

Partikongressen föreslås besluta:

H87:1 att man riktar högkostnadsskyddet på ett för medborgarna bättre sätt

Birgitta Malm Pettersson

Haninge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H88

MALMÖ ARBETAREKOMMUN

Tänderna - en del av kroppen

Tandvård ingår idag inte i den allmänna sjukvårdsförsäkringen. Visserligen är tandvård subventionerat, men till allra största delen står patienten själv för kostnaden. Vid ett läkarbesök betalar patienten mellan 150 kr och 300 kr - likaså vid ett psykologbesök - men vid ett tandläkarbesök rör sig kostnaderna ofta om tusentals kronor. Varför anses lungorna, blodet och hjärnan vara en del av kroppen men inte tänderna?

Personer med låga inkomster och behov av tandvård har idag bara två alternativ för att få vård: antingen lånar de pengar eller så får de vända sig till socialtjänsten. Att samhällets socialtjänst ska bedöma behovet av medicinsk vård är inte värdigt en modern socialdemokrati som stått upp för att bekämpa den gamla fattigvården. Därtill betalar socialtjänsten bara den mest nödtorftiga tandvården vilket gör att tänderna ofta lämnas i ett halvfärdigt skick med bibehållen "tuggförmåga". Hur kan vi fortfarande på 2000-talet ha ett sjukvårdssystem där en del inte har råd att betala för att bibehålla sin hälsa bara för att den sitter i tänderna; där sjukvården ska lappa och laga och den enskilde sätts i skuld för att få vård?

Sorgensfris socialdemokratiska förening föreslår följande för att skapa en hälsosammare och rättvisare sjukvård.

Partikongressen föreslås besluta:

H88:1 att tandvård ska ingå den allmänna sjukförsäkringen

H88:2 att patientens kostnader för ett tandläkarbesök inte ska skilja sig från kostnaden för ett vanligt läkarbesök

Sorgensfris socialdemokratiska förening

Malmö arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H89

SUNDSVALLS ARBETAREKOMMUN

Tänderna en del av kroppen

Tänderna håller i dag på att bli en klassfråga. Den som inte har råd att laga sina trasiga tänder visar ogärna upp ett leende. Å andra sidan, den med fetare plånbok reflekterar inte över situationen utan beställer tid hos sin tandläkare. Vi är på väg att hamna i samma situation som på 1800-talet när folk dolde sina dåliga tänder bakom sina händer när skrattet bubblade. Det duger inte.

Tänderna måste en gång för alla anses ingå som en del av kroppen och därmed omfattas av sjukförsäkringen. Vi kan inte låta det fortgå att tändernas status beror på hur tjock plånbok du har. Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2009 visar på att arbetare, ensamstående med barn, utlandsfödda och de med låg inkomst avstår tandvård för att de inte har råd. Så kan vi inte ha det i 2010-talets Sverige.

Partikongressen föreslås besluta:

H89:1 att arbeta för att tandvården innefattas i den allmänna sjukförsäkringen

Annika Kallin

Sundsvalls arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H90

UMEÅ ARBETAREKOMMUN

Tändernas tillhörighet till kroppen

Att få reparera sina tänder är idag mycket kostsamt och det börjar synas vem som är fattig eller rik bara på att se på personens tänder. Då tänderna tillhör kroppen bör dessa innefattas av den allmänna sjukförsäkringen så att alla oavsett tjocklek på plånboken kan behålla funktionella tänder livet ut.

Partikongressen föreslås besluta:

H90:1 att SAP ska arbeta för att tandvården innefattas i den allmänna sjukförsäkringen

Alejandro Caviedes

Umeå arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H91

VÅRGÅRDA ARBETAREKOMMUN

Utökad tandvård

Undersökningar har visat att cirka var fjärde person i åldern 25 - 29 år av ekonomiska skäl avstår från att söka tandvård, trots att man känner behov därav. Detta samtidigt som forskning visar allt tydligare samband mellan tandstatus och kroppslig hälsa i övrigt. Det är exempelvis visat att risken för åderförkalkning och hjärtinfarkt ökar med försämrad tandhälsa. Samma riskökning ses för demenssjukdom.

Man kan således konstatera att det hälsomässigt inte går att separera munnen från resten av kroppen. Man vet också att det är socio-ekonomiska förhållanden som avgör vem som får vara frisk och vem som riskerar förtida sjukdom och död.

I avsikt att kompensera för skillnader i socio-ekonomiska förutsättningar föreslår vi att den allmänna sjukförsäkringen stegvis byggs ut för att omfatta även tandvård. Det är ovärdigt ett modernt välfärdsland att klasskillnader mellan människor skall synas i munnen. På lång sikt är det troligt att man kan räkna hem en samhällsvinst med en sådan reform genom lägre framtida sjuklighet.

Partikongressen föreslås besluta:

H91:1 att den allmänna sjukförsäkringen stegvis byggs ut att omfatta även tandvård

H91:2 att det första steget omfattar fri tandvård till 30 års ålder

Vårgårda arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H92

SKÖVDE ARBETAREKOMMUN

Varför ingår inte tänderna som är en del av kroppen i vår allmänna sjukvård?

Varför är inte tandvård en del av vår sjukvård? Skall man se på en människas leende vilken klass han eller hon tillhör? Alla borde ha rätt till tandvård oavsett plånbokens tjocklek.

I och med att många idag i vårt allt mer ojämlika samhälle fått det allt svårare att klara sin vardag är det allt för många som väljer bort nödvändig tandvård för att man inte har råd att gå till tandläkaren. Personer med dålig munhälsa drabbas oftare än andra av andra sjukdomar. Exempelvis är risken för hjärt-kärlsjukdomar (den vanligaste dödsorsaken i Sverige) kraftigt förhöjd hos patienter som har stora problem med tänderna. Åtskilliga svåra sjukdomstillstånd och dödsfall skulle kunna förebyggas om fler fick tandvård i tid.

Partikongressen föreslås besluta:

H92:1 att tandvården görs till en del av den övriga sjukvården och bekostas på samma sätt

Robert Ciabatti

Skövde arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

FOLKHÄLSA

Partistyrelsens utlåtande över motionerna A130:2, H44:1, H44:2, H93:1, H94:1, H95:1, H95:2, H96:1, H96:3, H96:4, H97:1, H97:2, H98:1, H98:2, H99:1, H99:3, H100:1, H101:1

UH7 Utlåtande folkhälsopolitik

I en internationell jämförelse är hälsosituationen totalt sett i Sverige mycket god. Medellivslängden fortsätter att öka och var 2011 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökat är att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat kraftigt. Även dödligheten i cancer, trafikolyckor och självmord har minskat under de senaste 20 åren. Generellt har de äldre i befolkningen haft den bästa hälsoutvecklingen. Hälsosituationen för barn i Sverige är i flera avseenden bland de bästa i världen. Det gäller till exempel den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andel som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen.

Det finns dock inom befolkningen stora tydliga socioekonomiskt relaterade skillnader när det gäller hälsoutvecklingen. Mot denna bakgrund behövs det ett nationellt initiativ för jämlik hälsa. Personer med kort utbildning har i de flesta avseenden sämst hälsa. Risker för förtida död, före 65 års ålder, är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning för både kvinnor och män. Det är stora skillnader i förtida död för samtliga stora dödsorsaker; hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen. Trots att insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke totalt sett har minskat sedan 1990 ses till exempel ingen minskning alls för kvinnor i förvärsarbetande ålder och bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar insjuknandet i dessa diagnoser. Den förda politiken behöver analyseras med utgångspunkt från bland annat dessa fakta.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan individen och samhället. Individens möjligheter att göra hälsofrämjande val ska aktivt stödjas av samhället. Men vi socialdemokrater anser samtidigt att folkhälsoarbetet och kopplingen till att minska klyftorna i samhället måste tydliggöras. De stora hälsoskillnaderna i Sverige är djupt orättvisa och extremt kostsamma för samhället. Människors hälsotillstånd påverkas inte bara av individuella levnadsvanor utan också av samhälleliga faktorer. Eftersom den ojämna fördelningen av hälsa i princip kan påverkas genom politiska beslut är ojämlikhet i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper en av de största utmaningarna på

hälsoområdet. Minskade sociala och ekonomiska klyftor är det mest verkningsfulla medlet för en bättre folkhälsa. Det betyder att den ekonomiska politiken ska verka utjämnande samtidigt som det görs satsningar på arbete, bra utbildning för alla, integration och värnandet av den generella välfärden.

Regeringen väljer tyvärr att blunda för de strukturella hälsoskillnader som finns. Genom att inte vilja se hur sociala klyftor, utbildningspolitik och ekonomisk politik påverkar hälsosituationen försöker regeringen reducera folkhälsopolitiken till ett rent individperspektiv. Detta är genant då vi i Sverige har en grundlagd erfarenhet av att med hjälp av politisk styrning utveckla samhället så att bästa möjliga hälsa ges till alla. Historiskt står folkhälsoförbättringar för 30-40 procent av BNP-tillväxten. Folkhälsofrämjande åtgärder är därmed en investering för Sverige.

På uppdrag av WHO presenterade Marmotkommissionen år 2008 en rapport, kallad "Closing the gap", som studerat fördelningen av den globala hälsan i världen. Uppmaningen till världens länder var att genast påbörja ett omställningsarbete för att minska sociala orättvisor och öka befolkningens hälsa. Den svenska regeringen gav endast Statens folkhälsoinstitut ett allmänt uppdrag att ta lärdom och intryck av kommissionens arbete. Ur ett nordiskt perspektiv så har vi i Sverige knappt ens påbörjat vår resa i att analysera vilka grupper som har störst ohälsa och vad som skall göras för dem i syfte att förbättra folkhälsan. Andra länder och städer har dock visat sig vara betydligt mer offensiva i frågan. I England tillsattes en kommission motsvarande WHO:s Marmotkommission. I Malmö har den socialdemokratiskt ledda majoriteten tillsatt en kommission med forskare, politiker och andra experter för att identifiera skillnader i hälsa mellan olika stadsdelar samt presentera lösningar på hur hälsoklyftorna kan minska. Nu borde det vara dags för Sverige som nation att göra detsamma.

Socialdemokraterna har lagt ett förslag i riksdagen om att tillsätta en kommission för jämlik hälsa. Uppdraget ska vara att identifiera oacceptabla förhållanden som leder fram till skillnader i befolkningens hälsa samt ta fram förslag på hur vi kan minska hälsoklyftorna. Uppdragets omfattning ska vara brett. Det ska handla om att studera ojämlika förhållanden i vården som leder till kortare livslängd beroende på var i landet man bor. Men det ska också handla om att granska den ekonomiska politiken och folkhälsopolitiska strategier för att se hur det påverkar människors livschanser och möjligheten till en bättre hälsa. Den statliga kommissionen bör ha en bred sammansättning och bestå av exempelvis förtroendevalda, forskare, representanter från vården, näringslivet och regionerna/landstingen. I detta sammanhang kan de frågor som beskrivs i motionerna om att göra våld i nära relationer till ett särskilt folkhälsomål och att ta fram nationella strategier för äldres hälsa prövas. Givetvis behöver Socialdemokraterna som parti också arbeta vidare med frågan om jämlik hälsa och strategier för detta, men exakt i vilka former det arbetet kommer att utföras får avgöras längre fram.

Information till medborgarna av allmän karaktär har sin plats i folkhälsoarbetet, men samhället måste ta ett större och mer konkret ansvar för folkhälsan. Hälsa- och sjukvården har en viktig roll när det gäller individuellt förebyggande och hälsofrämjande arbete och i förlängningen förbättrad folkhälsa. För att detta ska bli verkningsfullt måste vårdpersonalen ha tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an livsstilsproblem så som

övervikt, rökning, missbruk, brist på motion, information om förebyggande insatser gällande hjärt- och kärlsjukdomar med mera. Hälso- och sjukvårdens olika ersättningssystem bör premiera framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Varje vardagskontakt mellan vårdgivare och medborgare är en möjlighet till mobilisering av individens egen kraft i behandlingsarbetet eller ett tillfälle att stödja och stärka en individ i förebyggande livsstilsförändring. En framgångsrik folkhälsopolitik kräver samverkan mellan olika politikområden. Ett sådant område är konsumentpolitiken. Partistyrelsen anser att alla människor måste ges goda förutsättningar att göra medvetna livsstilsval. Det måste till exempel bli lättare att välja hälsosam mat. För det krävs att informationen till konsumenten blir bättre och tydligare och att kunskaperna hos den enskilde konsumenten ökar.

Folkhälsoarbete riktat mot äldre bör vara en prioriterad fråga. Förebyggande arbete främjar folkhälsan och livskvaliteten och kan skjuta upp vård- och omsorgsbehov – vilket är viktigt både ur ett mänskligt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Äldre ska ha förutsättningar att leva ett aktivt liv tillsammans med andra, De ska också ha tillgång till den kunskap som krävs för att leva ett hälsosamt liv. Att främja fysisk aktivitet och goda matvanor gäller inte bara unga människor eller medelålders. Effekten av hälsosam kost och motion är stor även bland äldre och kan motverka depressioner och förebygga fallolyckor och frakturer.

Arbetet med att minska rökningen i Sverige har pågått under lång tid och vid en internationell jämförelse varit mycket framgångsrikt. Lagstiftning, opinionsbildning och information har tillsammans lett till ändrade värderingar i samhället, där den rökfria miljön blivit en självklar norm i allt fler sammanhang. Arbetet med att minska rökningen måste fortsätta. Fortfarande dör cirka 6 400 personer varje år av rökning. Det är fler liv än trafikolyckor, hiv/aids, narkotika och självmord skördar tillsammans. För att nå resultat krävs insatser när det gäller information, utbildning, rökavvänjningshjälp och aktiv prispolitik. Förslag har lagts i riksdagen om bland annat obligatoriska varningsbilder på tobaksförpackningarna och införande av dold försäljning i handeln och fler rökfria miljöer.

Partikongressen föreslår besluta:

att bifalla motionerna H44:1, H94:1, H95:1, H95:2, H99:1

H44:1 (Stockholms partidistrikt) att den positiva syn som präglar motionen också ska prägla partiets ställningstaganden i alla frågor gällande äldre

H94:1 (Linköpings arbetarekommun) att socialdemokrater i riksdagen verkar för att en nationell strategi för jämlik hälsa, byggd på vetenskaplig grund, tas fram och beslutas

H95:1 (Halmstads arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar på nationell, regional och lokalnivå med ett förebyggande hälsoarbete där kunskap om hjärt- och kärlsjukdomar ökas och sprids

H95:2 (Halmstads arbetarekommun) att Socialdemokraterna verkar för att en bredare allmänhet får kunskap genom folkbildning om hjärt- och kärlsjukdomar om vikten av ett förebyggande hälsoarbete både sett ur ett individ- och ett samhällsperspektiv

H99:1 (Härjedalens arbetarekommun) att ge partistyrelsen i uppdrag att utveckla socialdemokratiska folkhälsopolitiska strategier för att minska hälsoklyftorna i samhället och säkra en bra livskvalité och hälsa hos hela befolkningen

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: A130:2, H44:2, H93:1, H96:1, H96:3, H96:4, H97:1, H97:2, H98:1, H98:2, H99:3, H100:1, H101:1

A130:2 (Härjedalens arbetarekommun) att tillsätta en nationell tvärssektoriell Marmot- kommission för att ta fram förslag på hur vi kan organisera ett samhälle med jämlikare fördelning av makt, pengar och resurser

H44:2 (Stockholms partidistrikt) att partistyrelsen låter utarbeta en långsiktig strategi för folkhälsa för äldre

H93:1 (Mölnadalens arbetarekommun) att kongressen uttalar sig för genomförande av hälsokontroller i första hand på de kända riskgrupperna men på sikt omfatta hela befolkningen

H96:1 (Båstads arbetarekommun) att i valrörelsen 2014 skall socialdemokratisk folkhälsopolitik vara ett viktigt inslag

H96:3 (Båstads arbetarekommun) att partiet tar ställning i frågor som har med livsstil att göra - vi gör det med t ex alkohol och tobak - men blundar för intaget av läsk, fett m fl "livsmedel", som är en av anledningarna till att svenska folket snart rullar fram

H96:4 (Båstads arbetarekommun) att partiets kultur- och kommande folkhälsopolitik samordnas

H97:1 (Söderhamns arbetarekommun) att uppdra till partistyrelsen att vid utarbetandet av valmanifestet inför 2014 års val beakta dessa frågor om hälsa, rättvisa och jämlikhet

H97:2 (Söderhamns arbetarekommun) att partiet med kraft verkar för en parlamentarisk kommission, med uppdrag att vetenskapligt analysera frågorna och peka på relevanta insatser för att minska ojämlikheten i hälsa i enlighet med WHO:s förslag till medlemsländerna 2009

H98:1 (Stockholms partidistrikt) att tillsätta en svensk jämlikhetskommission för hälsa med WHO-kommissionen som förebild

H98:2 (Stockholms partidistrikt) att partiet tillsätter en arbetsgrupp vars syfte är att utarbeta en långsiktig strategi för en jämlik och jämställd hälsa i Sverige

H99:3 (Härjedalens arbetarekommun) att folkhälsopolitiska strategier tydliggör ansvar och uppdrag för kommuner, landsting och regioner samt stat för att få tillstånd ett kontinuerligt strukturerat kunskapsuppbyggande arbete för att t.ex. beräkna samhällskostnader som kan uppstå när inte tidiga insatser inte genomförs

H100:1 (Uppsala läns partidistrikt) att verka för att WHO:s tobakskonvention omvandlas till svensk lagstiftning och svensk handlingslinje och få bort den passiva rökningen, som skadar och orsakar många oskyldiga människors för tidiga död

H101:1 (Skövde arbetarekommun) att Socialdemokraterna utreder frågan om att ta in våld i nära relationer som ett nationellt folkhälsomål

MOTION H93

MÖLNDALS ARBETAREKOMMUN

Allmän hälsa – hälsoväxling

Vår välvärdnad börjar ta alltför omfattande hälsoproblem för mänskligheten i form av ohälsosamt leverne utan att man själv vet om det. Alltför mycket stillasittande i kombination med ohälsosam kosthållning leder till många av våra välvärdnadssjukdomar i form av diabetes, högt blodtryck och cancer mm. Allt sådant går att förebygga om man blir medveten om välvärdnadens skadeverkan i form av fetma och skelettskador om man äter för mycket av den fettbildande kosten. Var och en skall naturligtvis själv råda över sin livssituation och välja den mathållning man tycker är bäst. Men det vore bra om med olika åtgärder kunde uppmärksamma hur kost och motion påverkar kropp och själ. I dag vet vi att söta läskedrycker, ensidig snabbmat och mycket annat kan ge inre skador för livet, att för hög alkoholkonsumtion leder till lever- och njurskador. Skador som är svåra att upptäcka innan det är för sent för åtgärder. När man väl kommer till vård är kostnaderna ganska höga för att bota eller lindra. Bättre är att satsa mer på förebyggande för att kunna upptäcka skador och sjukdomar i tid. En möjlighet att minska och göra allmänheten mera medveten är att införa en hälsoväxling på så sätt att ohälsosamma produkter som läsk och godis mm. förses med högre moms eller skatt och de mer hälsofrämjande på motsvarande sätt beskattas lägre. På så sätt skulle snart medvetandet hos människor bli mera åt en hälsofrämjande livsföring. Någon form av allmän hälsokoll eller upplysning skulle främja för många ett bättre leverne. Socialstyrelsen, som är de som skall genomföra en sådan kontroll, skulle få stor kunskap om människors liv och leverne och därmed satsa på adekvata kampanjer med upplysning och information. Primärvården får en uppgift som är värdefull i ett förebyggande arbete. På sikt minskar sjukvårdskostnaderna och pressen på vår gemensamma sjukvård att klara av de stora välvärdnadssjukdomar som finns i dag.

Partikongressen föreslås besluta:

- H93:1 att kongressen uttalar sig för genomförande av hälsokontroller i första hand på de kända riskgrupperna men på sikt omfatta hela befolkningen
- H93:2 att uttala som sin mening att skatteväxling skall ske på ohälsosamma och hälsosamma produkter

Kaj Johansson

Mölnåls arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H94

LINKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

En nationell strategi för jämlik hälsa

Hälsa är centralt i människors liv och en förutsättning för hållbar samhällsutveckling. God hälsa är också en av de viktigaste faktorerna för tillväxt, utveckling och välfärd. Sverige har, i jämförelse med många andra länder, en god folkhälsa. Spädbarnsdödligheten är låg och medellivslängden lång. Mellan födelse och död har vi också goda förutsättningar att få leva under lyckliga omständigheter och ett liv med god kvalitet. De stora infektionssjukdomarna är inte längre ett hot, våra bostäder håller en hög standard, vi är välutbildade, vi har bra system för att ge oss trygghet livet igenom och vi har levt utan krig i över två hundra år.

På samma gång ser vi hur skillnaderna i hälsa växer på ett, för oss socialdemokrater, oacceptabelt sätt. En välutbildad tjänsteman lever flera år längre i genomsnitt än en arbetare. Risken att insjukna i cancer är större för socialt utsatta människor och kvinnor uppger sig ha sämre livskvalitet och hälsa än män. Skillnaderna i hälsa är stora mellan olika delar i landet men också mellan olika stadsdelar i våra städer. Som exempel kan nämnas att medellivslängden för en man är nästan två år kortare i Norrköping än i Linköping, för kvinnor är differensen cirka ett och ett halvt år (Twincities research group, 2012).

I boken Jämlikhetsanden, av författarna och hälsoforskarna Richard Wilkinson och Kate Pickett, beskrivs att ojämlikheten är den gemensamma faktorn bakom en rad centrala sociala och hälsorelaterade problem. I mer ojämlika samhällen är livet kortare, den sociala rörligheten mindre, den fysiska och mentala hälsan sämre. Samtidigt gäller det omvända: ju mer jämlikt ett land blir desto mindre tycks problemen bli.

I Sveriges kommuner och landstings (SKLs) kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård Vård på (o)lika villkor (2009) visas också hur social ställning bidrar till att förbättra eller försämra människors hälsa. Det kan handla om att låginkomsttagare inte söker vård fast de skulle behöva och att väl inne i vården kostar höginkomsttagarens vård mer än andras.

I världshälsoorganisationens (WHOs) rapport från 2008, Closing the Gap, ofta kallad Marmotrapporten, konstateras att social rättvisa bokstavligen är en fråga om liv och död. Rapporten visar samtidigt att skillnaderna i hälsa i världen går att utjämna under en generation och att det förutsätter, inte bara tillväxt i största allmänhet utan också en politik för jämlikhet, jämställdhet och generell välfärd.

Vi vet nu att de sociala skillnaderna i sig ger en sämre hälsa och är ett symptom på ett samhälle som glider isär. Skillnaderna i hälsa går alltså att förklara med politiska, ekonomiska och sociala orsaksfaktorer och är långt ifrån bara en följd av individens eget val av livsstil.

Det finns med andra ord stora möjligheter att med politiska reformer vrida utvecklingen rätt och därmed se till att människor får bättre förutsättningar att kunna ta ansvar och kunna leva ett långt, rikt och friskt liv.

Vi menar att Sverige behöver en nationell strategi för att utjämna skillnader i hälsa. En sådan strategi måste ha en bred vetenskaplig underbyggnad och se till både nuvarande och bakomliggande orsaker till ohälsa. Socialdemokraterna bör verka för att en sådan strategi tas fram.

Partikongressen föreslås besluta:

H94:1 att socialdemokrater i riksdagen verkar för att en nationell strategi för jämlik hälsa, byggd på vetenskaplig grund, tas fram och beslutas

Birgitta Larsson och Anna-Lena Sörenson

Linköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H95

HALMSTADS ARBETAREKOMMUN

Folkbildning och ökad kunskap om hjärt- och kärlsjukdomar

Hälsa uppmärksammas alltmer som ett medel för ekonomisk utveckling såväl på individnivå som på regional och nationell nivå. För den enskilda individen är god hälsa både en vinst i sig och en faktor för att förbättra de socioekonomiska villkoren.

Ett förebyggande hälsoarbete blir allt mer viktigt och går väl hand i hand med socialdemokratins grundläggande värderingar. För att skapa möjligheter och kunna göra det i en anda där jämlikheten står i fokus behöver kunskapen om folkhälsa spridas mycket bredare i samhället.

En stor hälsofråga är hjärt- och kärlsjukdomarna, här kan kunskap om både om hur uppkomst av sjukdomarna kan förhindras, förebyggande åtgärder, kunskaper om vad de olika sjukdomarna innebär och hur åtgärder kan förbättra för dem som har fått en sjukdom som tillhör denna grupp. En rapport från Socialstyrelsen 2011 visar på att hjärt- och kärlsjukdomar fortsätter det att vara den vanligaste dödsorsaken i Sverige, det finns således en stor vinning både för den enskilde individens hälsa och sett ur ett samhällekoniskt perspektiv, att satsa på ett mer aktivt förebyggande arbete än idag. Det arbete som sker idag finns på kända arenor som till exempel inom sjukvården och vänder sig i första hand till dem som drabbats eller finns i riskgruppen. Att kunna se på möjligheten att sprida kunskapen på andra arenor mer inriktat till allmänheten som till exempel på arbetsplatser eller liknande, skulle kunna ge en bredare kunskap.

Partikongressen föreslås besluta:

H95:1 att Socialdemokraterna verkar på nationell, regional och lokalnivå med ett förebyggande hälsoarbete där kunskap om hjärt- och kärlsjukdomar ökas och sprids

H95:2 att Socialdemokraterna verkar för att en bredare allmänhet får kunskap genom folkbildning om hjärt- och kärlsjukdomar om vikten av ett förebyggande hälsoarbete både sett ur ett individ- och ett samhällsperspektiv

Halmstad arbetarkommuns intressegrupp; Trygghet, Säkerhet och Folkhälsa
Halmstads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H96

BÅSTADS ARBETAREKOMMUN

Folkhälsa

"Äta bör man - annars dör man - äter gör man - ändå dör man!"

Folkhälsofrågor är enkelt uttryckt livsviktiga. Mat, dryck, kläder är de bästa delarna i vår konsumtion. Om inte dessa behov tillfredsställs är de kulturella och andliga delarna i våra liv inte heller möjliga.

Valhänt inledning? Ja men med avsikt - den är lika valhänt som socialdemokratisk folkhälsopolitik!

Har vi som parti någon folkhälsopolitik överhuvudtaget och hur ser den i så fall ut?

Hur är den kopplad till vår kultursyn?

Är kultur konsumtion?

Är konsumtion kultur?

Är kultur enbart konsumtion?

Hur är partiets inställning till "frihet att konsumera" - skall vi t ex beskatta de livsmedel, drycker, godis mm som är en av orsakerna till att svenska folket blir mer och mer överviktigt?

Jag har ovan bara skissat och gett ett fåtal aktuella exempel. Folkhälsofrågor - i ett brett perspektiv - fordar en djupare genomgång, och jag tror att en sådan genomgång behövs och att ämnet kan vara intressant att komma med i valrörelsen för 2013.

Partikongressen föreslås besluta:

H96:1 att i valrörelsen 2014 skall socialdemokratisk folkhälsopolitik vara ett viktigt inslag

H96:2 att partiet verkar för att i varje kommun skall finnas en aktiv konsumentrådgivning

H96:3 att partiet tar ställning i frågor som har med livsstil att göra - vi gör det med t ex alkohol och tobak - men blundar för intaget av läsk, fett m fl "livsmedel", som är en av anledningarna till att svenska folket snart rullar fram

H96:4 att partiets kultur- och kommande folkhälsopolitik samordnas

Börje Henriksson

Båstads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H97

SÖDERHAMNS ARBETAREKOMMUN

Jämlik hälsa

Hur länge du lever beror på var du bor, din lön och din utbildning. Skillnaderna i livslängd mellan människor i olika bostadsområden kan vara tre till sju år och har du enbart förgymnasial utbildning förväntas du leva fyra till fem år kortare än de som har universitetsutbildning. Det skrämmande är att de sociala skillnaderna i dödlighet har ökat sedan början av 1970-talet och under de senaste 30 åren har skillnaderna fördubblats. Det här kan inte få fortsätta.

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och hälsans sociala bestämningsfaktorer är de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras samt de system som finns för att hantera ohälsa. (WHO, 2008). Det handlar om förhållanden som socialpolitik, sjukvårdssystemets utformning samt arbets- och boendemiljöns kvalitet. Men det handlar också om förhållanden som är betydligt närmare oss människor som sociala relationer, alkoholkonsumtion, rökning, kostvanor, påfrestningar samt stress i vardagsliv och arbetsliv. Sammantaget bidrar detta till att skapa ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper i samhället och den sociala gradienten är tydlig, ju högre socialgrupp desto längre medellivslängd. Det skrämmande är att de sociala skillnaderna i dödlighet har ökat sedan början av 1970-talet och under de senaste 30 åren har skillnaderna fördubblats. (Socialstyrelsens Folkhälsorapport)

Sämre hälsa är inte bara ett problem i sig, det innebär också att det blir svårare att sköta arbetet, få en bra lön och att umgås med andra. Gradienten finns inte bara när det gäller hur länge man lever utan också risken att drabbas av någon av de vanligaste sjukdomarna. Slutsatsen blir att många människor blir sjuka och dör i onödan pga. sociala orättvisor. Huvudorsaken är inte i första hand biologisk eller människors individuella val i vardagen utan levnadsförhållanden och möjligheter.

Vi kan inte finna oss i att ju längre ner man finns på den sociala skalan, desto kortare livslängd och sämre hälsa får man. Det finns inga biologiska skäl till detta utan orsakerna är politiska. Därför kan bara politiska åtgärder vända utvecklingen och minska orättvisorna. Vi har stora möjligheter att minska de sociala skillnaderna i hälsa genom politiska beslut utan att tumma på ekonomisk tillväxt och full sysselsättning. Samtidigt ska vi ha en bra fungerande och tillgänglig sjukvård men då kostnaderna stiger och människors lidande ökar beroende på ökande orättvisor måste det till en kursändring. Det är inte rimligt att denna utveckling fortsätter.

Källor: Mikael Rostila och Susanna Toivanen (red) Den orättvisa hälsan, Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Liber AB 2012. Michael Marmot. Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur och kultur 2006. First American edition 2004.

Partikongressen föreslås besluta:

H97:1 att uppdra till partistyrelsen att vid utarbetandet av valmanifestet inför 2014 års val beakta dessa frågor om hälsa, rättvisa och jämlikhet

H97:2 att partiet med kraft verkar för en parlamentarisk kommission, med uppdrag att vetenskapligt analysera frågorna och peka på relevanta insatser för att minska ojämlikheten i hälsa i enlighet med WHO:s förslag till medlemsländerna 2009

Sven-Olof Larsson, Katarina Hedberg, Karin Birgit Holst, Xenia Hildén och Yvonne Steen
Söderhamns arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H98

STOCKHOLMS PARTIDISTRIKT

Jämlik hälsa

Vi Socialdemokrater tror på människan. Vi tror på människans egen kraft och vilja som drivkraft för att förverkliga sina egna drömmar. Hela vår historia kantas av kampen för ett samhälle där alla individers egen frihet går hand i hand med övertygelsen om att vi blir starka tillsammans. Ett samhälle som låter människan vara allt som hon kan.

Få saker begränsar oss så mycket som ohälsa. Den leder till stor individuellt lidande, förminskar vårt handlingsutrymme och i värsta fall leder den till döden. För en frihetsrörelse som socialdemokratin måste kampen för en jämlik hälsa – såväl mellan människor som geografiskt – återigen bli en högt prioriterad arbetsuppgift.

Varje år leder sjukdom och förtidig död till produktionsbortfall orsakad av ohälsosamma levnadsvanor. Levnadsvanor som i sin tur påverkas av sociala och ekonomiska villkor och livschanser. Kostnaderna i Sverige beräknas årligen till 55 miljarder, enligt Folkhälsoinstitutet. Viktigt är dock att beakta att denna siffra inte tar med de kostnader för ohälsa som orsakas av dålig arbetsmiljö eller ett otrött arbetsliv. Gör man det kan vi bara föreställa oss vad den egentliga summan för ohälsan i Sverige år 2012 är.

Folksjukdomar som fetma och diabetes ökar i befolkningen men ytterligare ett stort folkhälsoproblem är själva ojämlikheten i hälsa. Den senaste nationella folkhälso rapporten bekräftar den bilden. Diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är vanligare bland lågutbildade. Överlevnad i bröstcancer är lägre bland kvinnor med lägre utbildning. Astma och allergier är vanligare och allvarigare bland barn till föräldrar i lägre socialgrupper. Tandhälsan är betydligt sämre i ekonomiskt svagare grupper. Svår värk och dåligt hälsotillstånd är vanligare hos arbetare än hos tjänstemän.

Livslängden mellan könen inom Stockholms län skiljer fyra respektive fem år för kvinnor och män, boende i olika områden. På nationell nivå är skillnaderna ännu större. Männen i Danderyd lever i genomsnitt nio år längre än männen i Överkalix, vilket speglar hur samhällsförhållanden påverkar och skapar skillnader. Men det är inte bara livslängden som skiljer utan även hur vi mår. Personer med låga inkomster och låg utbildningsnivå rapporterar sämre livskvalitet och självsattad hälsa. De rikaste 80-åringarna mår bättre än de fattigaste 65-åringarna. Dessutom är arbetslösa unga vuxna, idag en stor grupp i Sverige, särskilt utsatta och anger oftare sämre hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande. Andra grupper

som rapporterar sämre hälsa än resten av befolkningen är utrikesfödda och ensamstående mödrar, samt personer med sjuk- och aktivitetsersättning.

Svenska studier visar också att invandrare i Sverige har sämre hälsa än de som är födda här. Att emigrera till ett främmande land som äldre, medför att individen ofta ställs inför flera problem på grund av begränsningar av egna resurser. Äldre invandrare som lämnat sitt hemland ställs inför oväntade situationer då relationen till det gamla livet bryts och de börjar om på nytt igen i det främmande landet. Det leder till att kontinuiteten i livet förändras vilket resulterar i en förlust av sammanhang, mening, identitet, hopp och sociala kontakter, och de har då en särskild hög tendens för att utveckla ohälsa. Andra orsakerna till ohälsa bland äldre invandrare i Sverige kan förutom att de emigrerat och troligen upplevt olika typer av trauma, är att de känner sig ensamma, att de har svårt med språket, att de inte kan påverka sin situation och upplever stress.

Även möjligheten att få vård och läkemedel är ojämlik. Personer med kortare utbildning söker mer sällan vård än högutbildade personer, trots att de alltså generellt sett är sjukare. Utskrivning av läkemedel, exempelvis cancerläkemedel, fördelas också olika beroende på vilken socioekonomisk bakgrund patienten har. Även behandlingsmetoder skiljer sig åt mellan olika områden och mellan olika socioekonomiska grupper. Detta bidrar ytterligare till den ojämlika hälsan. En orsak är att de svagare grupperna i större utsträckning är tvungna att avstå från vård på grund av dålig ekonomi. Detta får som konsekvens att när personen till sist får vård är sjukdomstillståndet allvarligare, prognosen att tillfriskna sämre, samt biverkningarna fler. Samma sak gäller tandvård. Arbetslösa, ensamstående med barn och personer med sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd är grupper som oftare inte har råd att hämta ut sina läkemedel.

Världshälsoorganisationen, WHO, har beslutat att på allvar ta itu med de ökade hälsoskillnaderna i världen. Därför har en internationell jämlikhetskommission, också kallad Marmot-kommissionen, de senaste åren (2003-2008) arbetat med att kartlägga globala hälsoklyftor och dessutom formulerat åtgärder som kan minska dessa. Arbetet har sammanfattats i rapporten *Closing the Gap in a Generation*. Rapporten slår fast att social ojämlikhet skapar ojämlikhet i hälsa, men menar också att det går att stänga igen hälsogapet inom och mellan länder under en generation. Rekommendationerna som lyfts fram är att förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv, angripa den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser, använda metoder för att följa ojämlikheten i hälsa och utvärdera åtgärder som genomförs.

Både Norge och Danmark har lagstiftat om kommunernas ansvar för folkhälsoarbetet. Samtidigt som våra nordiska grannländer satsar på ett modernt systematiskt folkhälsoarbete halkar Sverige efter. Hittills har enbart en mindre, pliktskyldig, utredning genomförts utan en enda konkret åtgärd från den borgerliga regeringen. Däremot har Malmö på eget initiativ startat ett arbete, inspirerat av den internationella jämlikhetskommissionen, för att ta fram vetenskapligt underlag som ska förbättra hälsan för alla Malmöbor, särskilt för de mest utsatta. Prioriterat är barns och ungas uppväxtvillkor, demokrati och inflytande i samhället, sociala och ekonomiska förutsättningar. I uppdraget ligger också att synliggöra vad som kan göras och av vem, lämna förslag på strategier, beräkna kostnader, föreslå förändringar i samverkan och styrning, samt mäta och följa utvecklingen.

Samhällsförhållandena påverkar befolkningens hälsa, och skapar sociala skillnader i hälsa.

Ett förebyggande arbete för att minska ohälsan kan dock inte enbart inriktas på att minska individers hälsofarliga beteende, utan det måste inriktas på att förändra människors sociala situation. Ju större klyftor, desto sämre hälsa.

Partikongressen föreslås besluta:

- H98:1 att tillsätta en svensk jämlikhetskommission för hälsa med WHO-kommissionen som förebild
H98:2 att partiet tillsätter en arbetsgrupp vars syfte är att utarbeta en långsiktig strategi för en jämlik och jämställd hälsa i Sverige

Stockholms partidistrikt

MOTION H99

HÄRJEDALENS ARBETAREKOMMUN

Socialdemokratisk folkhälsopolitik som motkraft till alliansens skuldbeläggande av individen

Forskning och kunskapsutveckling ger oss en allt bättre vård som kan behandla allt fler sjukdomar. Men behandlingarna och medicinerna blir allt dyrare. För att vi skall kunna fortsätta ge den bästa vården till de människor som behöver den mest måste vi bli allt bättre på att förebygga olyckor, sjukdomar och andra påverkbara orsaker till försämrad livskvalité.

Folkhälsa handlar om goda och likvärdiga livsvillkor för hela befolkningen. När livsvillkoren försämras för vissa grupper, försämras folkhälsan. När skillnaderna i livsvillkoren minskar, förbättras den. Allt mer forskning visar på hälsans betydelse för samhällets utvecklingskraft och förmåga att hantera nya utmaningar. Skall Sverige klara att ta hand om behoven hos en allt äldre befolkning med mindre skatteförmåga måste det förebyggande arbetet bli effektivare och intensivare.

För att säkra en bra livskvalité och hälsa hos hela befolkningen vill jag att den socialdemokratiska partikongressen beslutar i enighet med motionens intentioner.

Partikongressen föreslås besluta:

- H99:1 att ge partistyrelsen i uppdrag att utveckla socialdemokratiska folkhälsopolitiska strategier för att minska hälsoklyftorna i samhället och säkra en bra livskvalité och hälsa hos hela befolkningen
H99:2 att verka för regelverk som främjar ett övergripande samhällsekonomiskt beslutstänkande t.ex. genom nationella, regionala och kommunala sociala investeringsfonder som med rätta insatser i tid kan minska de övergripande samhällskostnaderna för social utslagning och onödig ohälsa
H99:3 att folkhälsopolitiska strategier tydliggör ansvar och uppdrag för kommuner, landsting och regioner samt stat för att få tillstånd ett kontinuerligt strukturerat kunskapsuppbyggande

- arbete för att t.ex. beräkna samhällskostnader som kan uppstå när inte tidiga insatser inte genomförs
- H99:4 att öka resurser till forskning för utvärdering av framgångsrika metoder och effektiva insatser för att förebygga social utslagning och minska strukturella orsaker till onödig ohälsa
- H99:5 att socialdemokratiska studieportalen i samarbete med ABF och den socialdemokratiska föreningen "Bättre och jämlik hälsa" tar fram studiematerial om hur en genomtänkt folkhälsopolitik bör genomsyra alla politikområden och påverka samhällsplaneringen för att minska hälsoklyftor

Jonny Springe

Härjedalens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H100

UPPSALA LÄNS PARTIDISTRIKT

Ta WHO:s tobakskonvention på allvar

Den 21 maj 2003 antog FN:s Världshälsoorganisation (WHO), en konvention om tobakskontroll. Det är ett internationellt juridiskt avtal som ska minska tobakens skadeverkningar för både individer och samhällen.

Tobaksproblemet kräver både nationella och globala åtgärder. Tobaken bidrar förutom till ökade skillnader i hälsa och för tidig död även till fattigdom, ökade sjukvårdskostnader och stora miljökonsekvenser. Tobaksbruket drabbar mest fattiga människor. Varje år skördar tobaken närmare 5,4 miljoner dödsfall varav 70 procent i utvecklingsländerna. Fördelningen i dödsfall mellan utvecklingsländer och utvecklade länder beror på att tobaksindustrin nu inriktar sig på att öka tobaksbruket i tredje världen.

WHO beräknar att 10 % av alla dödsfall i världen beror på passiv rökning.

Den svenska regeringen har skrivit under konventionen men gör litet för att leva upp till dess förslag. Förslag på åtgärder i konventionen är höga priser och skatter på tobaksprodukter, skydd mot exponering för passiv rökning och riktlinjer för mätning av tobaksvarornas innehåll. Artiklarna innehåller också åtgärder som hälsovarningar på tobaksprodukter, förbud mot all reklam för tobak och förbud för tobaksindustrin att sponsra evenemang. En av artiklarna handlar även om att stärka allmänhetens kunskap om tobak och tobakskontroll. Den beskriver hur effektiva och allsidiga program för utbildning samt hur allas rätt och möjlighet till tobaksavvänjning kan främjas.

Andra åtgärder är inriktade på att minska tillgången på och tillgängligheten till tobaksprodukter. De består bland annat i att bekämpa smuggling och förbud mot försäljning av tobaksvaror till minderåriga.

Partikongressen föreslås besluta:

H100:1 att verka för att WHO:s tobakskonvention omvandlas till svensk lagstiftning och svensk handlingslinje och få bort den passiva rökningen, som skadar och orsakar många oskyldiga människors för tidiga död

Dick Jansson och John Gustavsson

Uppsala läns partidistrikt beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H101

SKÖVDE ARBETAREKOMMUN

Utöka de nationella folkhälsomålen med ytterligare ett mål

Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är de elva övergripande målområdena för folkhälsa. De anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan. Folkhälsa berör och påverkas av många samhällsområden, därför är det viktigt med gemensamma målområden som vägledning.

Det övergripande målet för folkhälsa är att:

skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsa handlar om allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Det finns många myndigheter som mer eller mindre arbetar med målområdena, men Statens folkhälsoinstitut har ett övergripande ansvar för uppföljning och utvärdering.

De nationella mål som finns är följande:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

Mål nummer tolv bör vara: Våld i nära relationer

Följande motivering:

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem och inbegriper såväl rättsliga som sociala och hälso- och sjukvårdsaspekter. Våldet är alltid en kränkning av de utsattas mänskliga rättigheter. Våld i nära relationer drabbar framför allt kvinnor och våldsutövaren är oftast en man. Trots likabehandlingsprincipen och att

även män utsätts för våld fokuserar både socialtjänstlagen och samhällets satsningar på våldsutsatta kvinnor. Att lyfta fram just kvinnorna är motiverat av syftet att ge skydd åt offer för könsrelaterat våld. Alla som är utsatta för våld i nära relationer, oavsett kön eller könsidentitet, har rätt till stöd och skydd från samhället.

Anmälningarna om misshandel mot kvinnor ökar varje år. Brottsförebyggande Rådet (Brå) har konstaterat att ökningen delvis beror på en ökad anmälningsbenägenhet, men också på en faktisk ökning under de senaste åren. Anmälningarna av misshandel mot kvinnor har ökat med ca 30 % de senaste tio åren. I 60 % av fallen är den misstänkte och offret i en nära relation. Mörkertalen är dock stora. Brå har i tidigare studier uppskattat att endast vart femte sådant fall anmäls till polisen. Endast i 25 % av fallen är offret obekant med gärningsmannen. Vi vet också från andra studier att många kvinnor som misshandlas också är mammor och majoriteten av barnen upplever detta våld i sitt eget hem. Enligt Socialtjänstlagen ska både kvinnan och barnen få stöd och hjälp. Tyvärr kan vi se – trots oerhört många utredningar, utvärderingar och undersökningar – att detta stöd inte finns över hela Sverige och att det också är ojämnt i kvalitet.

Partikongressen föreslår besluta:

H101:1 att Socialdemokraterna utreder frågan om att ta in våld i nära relationer som ett nationellt folkhälsomål

Anita Löfgren

Skövde arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

FUNKTIONSHINDER

Partistyrelsens utlåtande över motionerna H102:1, H103:1, H104:1, H105:1, H105:2, H105:3, H105:4, H106:1, H107:1, H107:2, H107:3, H108:1, H108:2, H108:3, H109:1, H110:1, H111:1, H112:1, H113:1, H114:1, H114:2, H115:1, H116:1, H116:2, H117:1, H118:1, H119:1, H120:1, H121:1

UH8 Utlåtande funktionshinderspolitik

Funktionshinderfrågorna är i första hand rättighetsfrågor och inte vård- och omsorgsfrågor. Partistyrelsen anser att bristande tillgänglighet, hjälpmedelsfrågan, en LSS-verksamhet av hög kvalitet och åtgärder för fler jobb för människor med funktionsnedsättningar är prioriterade frågor i det fortsatta arbetet. Riksdagen beslutade år 2000 om en nationell handlingsplan för handikappolitiken som innebär mål om att Sverige ska vara tillgängligt för människor med funktionsnedsättningar. Handlingsplanen klargjorde att varje sektor i samhället har ett ansvar och uppdrag att göra sin verksamhet tillgänglig för alla. Mycket har gjorts sedan planen antogs samtidigt som mycket återstår att göra.

Tillgänglighet handlar ofta om övergripande fysisk planering eller anpassningar av lokaler men det kan också handla om andra saker, till exempel möjligheten att tillgodogöra sig information, exempelvis på webbsidor. Kollektivtrafiken är ett annat centralt område där det behövs åtgärder för ökad tillgänglighet. Att sammanträdeslokaler för politiskt beslutsfattande ska vara tillgängligt för alla ska vara en självklarhet. Staten kan och ska ha en pådrivande roll. Det kan ske till exempel genom ekonomiska stimulanser, skärpta regler, skärpt lagstiftning och ökad information.

Lagen om stöd och service (LSS) har inneburit en enorm förbättring av levnadsvillkoren för många funktionshindrade och verksamheten har expanderat år för år. Vi socialdemokrater slår vakt om LSS. LSS utreddes i sin helhet i en stor parlamentarisk utredning 2008 men är i praktiken under ständig översyn och granskning bland annat vad avser behovsbedömningar, kvaliteten i de olika insatserna, gränssnittet till insatser enligt socialtjänstlagen samt vad gäller skatteutjämningsystemet för LSS-verksamhet.

Frågan om rätt stöd till människor med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och om ADHD ska omfattas av LSS är frågor som får behandlas i detta sammanhang. I nuläget är det inte ett alternativ att göra en förändring i LSS för just ADHD-diagnos, men det måste säkerställas att det stöd och den hjälp som finns för människor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar fungerar på ett bra sätt. När det gäller frågan om hur många som ska kunna bo på ett gruppboende är normen tre till fem personer med möjligheter att göra vissa avvikelser. Reglerna finns till för att inte boendet ska bli institutionsliknande. Partistyrelsen anser att reglerna är rimliga. Hänsyn måste i viss mån kunna tas till lokala förhållanden, och partistyrelsen vill därför inte detta reglera detta ytterligare.

Personliga ombud är en mycket välriktad reform som kommer psykiskt funktionshindrade direkt till del. Ombuden hjälper dem att få tillgång till den hjälp de har rätt att få, från kommunen, landstinget och olika stödenheter. Ombuden arbetar nära den de är ombud för och helt på dennes uppdrag. Socialstyrelsen har konstaterat att personliga ombud stärker den enskildes självbestämmande, främjar möjligheterna till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället. Det har också visats att personliga ombud minskar behovet av annan hjälp. Bristen på personliga ombud är dock stor och insatser för att öka rekryteringen behöver göras för att det ska vara möjligt att utveckla verksamheten.

Sjukvårdens insatser för människor med funktionsnedsättningar måste också förbättras. Många patienter med rätt till en individuell vårdplan har ändå ingen sådan. Det är en fråga som landstingen behöver prioritera högre. Patienterna har ofta själva stor kunskap om hur deras situation skulle kunna förbättras, inte sällan med relativt enkla medel. Denna kunskap måste tas tillvara på ett bättre sätt än idag. Det förekommer brister i rehabiliteringen och habiliteringen av barn med omfattande funktionsnedsättningar, liksom för vuxna med tidigt förvärvade eller medfödda funktionsnedsättningar. Vården måste utveckla och stärka samordningen särskilt kring dessa patienter, över professions- och områdesgränser så att de får den hjälp och det stöd de behöver.

För att personer med funktionsnedsättning ska ges möjlighet att verka i vardagen på samma villkor som människor utan funktionsnedsättning krävs ofta att olika former av hjälpmedel ingår som en del i vården

och rehabiliteringen. Hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsansvar ska vila på en värdegrund där individens möjligheter att leva ett självständigt liv i trygghet och värdighet ska vara den bärande utgångspunkten. Tillgången till och utbudet av hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter. Mot bakgrund av detta anser vi att det bör formuleras en nationell strategi tillsammans med huvudmännen för hur vi resursmässigt, valfrihetsmässigt och organisatoriskt ska klara att möta ett växande hjälpmedelsbehov. En sådan strategi ska också tydliggöra hur sjukvårdshuvudmännen utifrån sitt hjälpmedelsansvar kan bidra till att förverkliga de handikappolitiska och äldrepolitiska målen.

Frågan om bidrag till glasögon tas upp i en rad motioner. Frågeställningen har varit uppe på flera tidigare kongresser. Då gjordes bedömningen att det inte var möjligt att prioritera en satsning på att glasögon ska ingå i det försäkringsskydd som betalas med skattemedel. När nu frågan återkommer ser partistyrelsen ingen anledning att ändra ståndpunkt. Fortfarande finns andra samhälleliga behov som måste betraktas som mer akuta och angelägna. Landstingen har ett ansvar för hjälpmedel men vanliga glasögon räknas inte som hjälpmedel. Bidragen till glasögon för barn är oreglerade och varierar mellan landstingen. Flertalet landsting ger bidrag till glasögon för barn. En samordning av dessa bidrag i syfte att erbjuda ungefär samma hjälp och stöd oavsett bostadsort är önskvärd och kan ges genom samarbete mellan landstingen och genom att Socialstyrelsen förtydligar var gränsen går när glasögon ska räknas som hjälpmedel.

En fråga som ofta kommer upp är socialtjänstens möjligheter att ge behovsprövat bistånd för glasögon. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt enligt socialtjänstlagen. Bistånd till livsföring i övrigt kan till exempel vara kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård och glasögon. Om det finns ett styrkt behov av glasögon finns det således en möjlighet att få bistånd till detta. Av Socialstyrelsens allmänna råd om ekonomiskt bistånd framgår bland annat att socialnämnden bör ge ekonomiskt bistånd till skäliga kostnader för glasögon om behovet styrks av en legitimerad optiker eller läkare.

Partistyrelsen anser att funktionshinderspolitiken är en rättighets- och jämlikhetsfråga och en central del i välfärdspolitiken. Partistyrelsen avser att arbeta vidare med frågan i ett utvecklingsperspektiv och i det sammanhanget samverka med våra företrädare på regional och lokal nivå.

Partikongressen föreslår besluta:

att bifalla motionerna H108:3, H117:1, H118:1, H120:1

H108:3 (Skellefteå arbetarekommun) att partistyrelsen får i uppdrag att verka för att det inom partiet ges förutsättningar att återigen byggs upp ett nationellt nätverk kring de funktionshinderpolitiska frågorna

H117:1 (Söderköpings arbetarekommun) att Socialdemokraterna ska verka för en trygg, säker och kontinuerlig rehabilitering för människor med alla kända funktionsnedsättningar

H118:1 (Valdemarsviks arbetarekommun) att Socialdemokraterna ska verka för en trygg, säker och kontinuerlig rehabilitering för människor med alla kända funktionsnedsättningar

H120:1 (Säffle arbetarekommun) att våra politiska sammanträdeslokaler skall vara tillgängliga för människor med funktionsnedsättning

Partikongressen föreslås besluta:

att anse följande motioner besvarade med hänvisning till utlåtandet: H102:1, H103:1, H104:1, H105:1, H105:2, H105:3, H105:4, H106:1, H107:1, H107:2, H107:3, H108:1, H108:2, H109:1, H110:1, H111:1, H112:1, H113:1, H114:1, H114:2, H115:1, H116:1, H116:2, H119:1, H121:1

H102:1 (Söderköpings arbetarekommun) att Socialdemokraterna ska verka för att alla människor med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning får relevant stöd, t.ex. genom att lagstiftningen gällande LSS ändras så att även ADHD omfattas av LSS

H103:1 (Haninge arbetarekommun) att glasögon på samma sätt som hörselhjälpmedel (hörapparater) skall vara kostnadsfria för alla barn/ungdomar

H104:1 (Borås arbetarekommun) att glasögon på samma sätt som hörselhjälpmedel (hörapparater) skall vara kostnadsfria för alla barn/ungdomar

H105:1 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att ett tak för det antal personer som får bo på ett boende enligt LSS införs i lagtexten

H105:2 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att större enheter kan beviljas endast av socialstyrelsen efter motiverad begäran av kommunen

H105:3 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att begränsningar även görs av antal platser på boenden som styrs av socialtjänstlagen (SFS 2001:453)

H105:4 (Uppsala arbetarekommun - enskild) att det i lagtexten tydliggörs att olika typer av boenden och institutioner inte ska byggas ihop, på ett sådant sätt att de kan ge intryck av att utgöra en enhet

H106:1 (Helsingborgs arbetarekommun) att alla funktionshindrade barn, oavsett bostadsort, ska få rätt till rätt träningsform, anpassat efter individuella förutsättningar

H107:1 (Ljungby arbetarekommun) att partikongressen beslutar att ögonen tillhör kroppen

H107:2 (Ljungby arbetarekommun) att Socialdemokratiska arbetarpartiet skyndsamt tillser att ögonvård (synundersökning, utprovning av glasögon etc) inkluderas i det nuvarande högkostnadsskyddet för sjukvård som redan finns i landstingen

H107:3 (Ljungby arbetarekommun) att glasögon inkluderas i det högkostnadsskydd som finns för läkemedel

H108:1 (Skellefteå arbetarekommun) att partistyrelsen får i uppdrag att inför kommande mandatperiod arbeta fram, och besluta om ett nytt funktionshinderpolitiskt program för åren 2014-2017

H108:2 (Skellefteå arbetarekommun) att partiets funktionshinderpolitiska program revideras inför varje ny mandatperiod

H109:1 (Örnsköldsviks arbetarekommun) att glas för att korrigera synfel hos barn skall vara kostnadsfria

H110:1 (Malmö arbetarekommun) att SAP verkar för att alla barn och ungdomar som behöver det ska ha rätt till glasögon till och med 19 års ålder, oavsett var de bor och oavsett föräldrarnas ekonomi

H111:1 (Lunds arbetarekommun) att Sveriges socialdemokratiska arbetareparti ska driva att glasögon och synundersökningar för barn (personer upp t.o.m. 18 år) ska vara skattefinansierade

H112:1 (Uddevalla arbetarekommun) att partiet arbetar för att införa ett högkostnadsskydd för specialslipade glas till glasögon

H113:1 (Söderköpings arbetarekommun) att Socialdemokraterna ska verka för att god rehabilitering och tillgång till funktionella hjälpmedel jämställs med god vård

H114:1 (Sandvikens arbetarekommun) att reglerna för bidrag till glasögonbågar/glas skall se lika ut i hela landet och alla landsting

H114:2 (Sandvikens arbetarekommun) att reglerna skall ändras till att gälla alla barn och ungdomar upp till 18 år och bidrag skall ges till både glas och båge

H115:1 (Helsingborgs arbetarekommun) att en samlad översyn görs av LSS, LASS, socialtjänstlagen och det kommunala utjämningsystemet med syftet att se till att de medel som avsätts till insatser för personer med funktionsnedsättningar används för avsett ändamål

H116:1 (Staffanstorps arbetarekommun) att rätten till personligt ombud bör skrivas in i lagen

H116:2 (Staffanstorps arbetarekommun) att partikongressen bifaller motionen och översänder motionen till riksdagsgruppen för handläggning

H119:1 (Umeå arbetarekommun) att SAP ska verka för att barn upp till 18 år ska ha rätt till glasögon

H121:1 (Ystads arbetarekommun) att Socialdemokraterna genomför en utökning av valmöjligheterna av tekniska hjälpmedel med fokus på ett aktivt självständigt liv

MOTION H102

SÖDERKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

ADHD ska ingå i LSS

LSS är en förkortning av Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade. Det kan tex handla om personlig assistent, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, ledsagarservice mm. Idag omfattas personer med utvecklingsstörning och autism eller autismliknande tillstånd samt personer med stor och varaktig funktionsnedsättning som inte beror på normalt åldrande och som behöver mycket stöd och service. Barn, ungdomar och vuxna med Aspergers syndrom är generellt berättigade till LSS, däremot har de med ADHD haft svårare att få stöd. En del barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har dock så stora svårigheter att de borde tillhöra LSS. Personer med ADHD hamnar lätt i utanförskap pga sina svårigheter kopplade till diagnosen. Det sociala samspelet fungerar ofta dåligt för personer med ADHD-problematik och stöd genom LSS kan vara till stor hjälp för både unga och vuxna att få ett bättre socialt liv. Forskning och undersökningar visar att ¼ av de intagna inom kriminalvården har ADHD-problematik, det är även känt att personer med ADHD löper 4-9 gånger större risk att hamna i kriminalitet och/eller drog missbruk jämfört med andra. Genom att få stöd via LSS så har man större möjligheter att fånga upp och stödja dessa personer tidigt i livet vilket borde vara en samhällsekonomisk vinst då personer som hamnar snett i livet kostar betydligt mer genom missbruksvård, kriminalvård etc. Det borde vara en självklarhet att ge personer med ADHD samma förutsättningar som

andra att fungera i samhället, genom att få stöd genom LSS är vi en bit på väg. De mänskliga vinsterna går inte att mäta i pengar.

Partikongressen föreslår besluta:

H102:1 att Socialdemokraterna ska verka för att alla människor med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning får relevant stöd, t.ex. genom att lagstiftningen gällande LSS ändras så att även ADHD omfattas av LSS

Lottie Fallman

Söderköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H103

HANINGE ARBETAREKOMMUN

Alla barn ska ha rätt till glasögon

Det talas allt oftare om fattiga familjers situation i dagens Sverige. Det finns familjer som i sin vardag, in på bara skinnet känner att de lever i vad som bara kan beskriva som ett fattigsverige.

Det kan handla om att barnen inte kan bidra ekonomiskt till den planerade klassresan och inte heller kan delta i olika fritidssysselsättningar, bara för att nämna några exempel. Vi vet att all verksamhet i skolan skall vara kostnadsfri, men vi vet också att det inte är så överallt.

I denna motion tar vi upp en fråga som visar hur fattigsveriges barnfattigdom ser ut.

Det finns familjer som inte har råd att köpa glasögon till sina barn. Synfel är ofta ärftligt betingade vilket ofta betyder att flera syskon i en familj behöver glasögon. Att se ordentligt är en förutsättning för att kunna läsa i läroboken, se vad som står på tavlan och numera allt oftare på dataskärmen. Det är så självklart att det egentligen inte borde behöva sägas.

Inget barn skall på grund av brist på pengar i familjen behöva avstå från det hjälpmedel som glasögon är. Vi vet att de flesta landsting/regioner ger bidrag för glasögon till barn. Reglerna skiljer sig dock mellan landstingen/regionerna.

Partikongressen föreslår besluta:

H103:1 att glasögon på samma sätt som hörselhjälpmedel (hörapparater) skall vara kostnadsfria för alla barn/ungdomar

Maj Lundell

Haninge arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H104

BORÅS ARBETAREKOMMUN

Alla barn skall ha rätt till glasögon

I medierna, men framför allt i de kontakter vi har med medborgarna hör vi allt oftare att det talas om fattiga familjers situation och detta i Sverige på 2010-talet.

Det finns ett Sverige som allt för många allt för sällan möter. Det finns familjer som i sin vardag, in på bara skinnet känner att de lever i ett Fattigsverige. Det kan handla om att barnen inte kan bidra till den planerade klassresan, inte kan delta i olika fritidssysselsättningar för att nämna några exempel. Vi vet att all verksamhet i skolan skall vara kostnadsfri, men vi vet också att så är det inte.

I denna motion tar vi upp ett utslag av barnfattigdom.

Det finns familjer som inte har råd att köpa glasögon till sina barn. Synfel är ofta ärftligt betingade. Det betyder ibland att flera syskon i en familj behöver glasögon. Att man ser ordentligt är en förutsättning för att man skall kunna läsa läroboken, se vad som står på tavlan och numera allt oftare på dataskärmen. Det är så självklart att det egentligen inte borde behöva sägas.

Inga barn skall på grund av brist på pengar i familjen behöva avstå från det hjälpmedel som glasögon är. Vi vet att de flesta landsting/regioner ger bidrag för glasögon till barn. Reglerna skiljer sig dock mellan landstingen/regionerna.

Partikongressen föreslår besluta:

H104:1 att glasögon på samma sätt som hörselhjälpmedel (hörapparater) skall vara kostnadsfria för alla barn/ungdomar

Ann-Christine Andersson, Göran Andersson, Ann-Cathrine Carlström, Christian Hedlund, Pia Johansson, Arne Kjörnsberg, Solveig Kjörnsberg, Kjell Klasson, Ernad Sunic, Marija Vocanac och Rose-Marie Liljenby-Andersson

Borås arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H105

UPPSALA ARBETAREKOMMUN (ENSKILD)

Det måste finnas ett tydligare tak för hur många personer som får bo på ett boende för psykiskt funktionshindrade

Ett centralt mål med de reformer av den psykiatriska vården som skett de senaste årtiondena, har varit att även de som på grund av psykiatrisk sjukdom bedömts behöva bo i särskilda boenden, ska ha hemförhållanden som är så lika ett vanligt hem som möjligt. Psykiatriska boenden ska inte likna

institutioner. Ett viktigt sätt att undvika likhet med gamla tiders avdelningar på mentalsjukhus är att boendena inte har alltför många platser.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) framgår under rubrikerna Antal boenden; Gruppboendestad; Allmänna råd följande: "I en gruppboendestad bör i regel endast tre till fem personer bo. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendestaden tillförsäkras goda levnadsvillkor." Eftersom detta endast är ett allmänt råd, har kommuner, eller de som på uppdrag av kommuner tillhandahåller bostäder med särskild service, av olika skäl, kunnat göra boendena betydligt större.

Som en del av vårt partis vilja att skydda och stödja psykiskt sjuka och socialt utsatta medmänniskor, bör rekommendationen stärkas och förtydligas.

Det bör noteras att inte heller socialstyrelsen är nöjd med den nuvarande tillämpningen av sina rekommendationer. I en artikel publicerad i Dagens Nyheter den 27 april 2012 för Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm tillsammans med enhetschefen på Socialstyrelsen Birgitta Hagström ett resonemang där de varnar för en ökad institutionalisering inom såväl boenden som styrs av socialtjänstlagen som de som styrs av LSS. De uppmärksammar även en tendens att dessa boenden byggs ihop med vårdcentraler och äldreboenden, något som de skriver: "går stick i stäv med tanken bakom avvecklingen av de gamla mentalsjukhusen". Vi måste hindra att de gamla mentalsjukhusen återuppstår bakvägen på grund av otydligheter i lagstiftningen.

Partikongressen föreslås besluta:

- H105:1 att ett tak för det antal personer som får bo på ett boende enligt LSS införs i lagtexten
- H105:2 att större enheter kan beviljas endast av socialstyrelsen efter motiverad begäran av kommunen
- H105:3 att begränsningar även görs av antal platser på boenden som styrs av socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
- H105:4 att det i lagtexten tydliggörs att olika typer av boenden och institutioner inte ska byggas ihop, på ett sådant sätt att de kan ge intryck av att utgöra en enhet

Jens Nilsson

Uppsala arbetarekommun beslöt att sända motionen som enskild till kongressen.

MOTION H106

HELSINGBORGS ARBETAREKOMMUN

Erbjud likvärdig träning för alla funktionshindrade

Barn med olika funktionshinder erbjuds hjälp från sin lokala barnhabilitering. I många fall kan man behöva specialhjälp, anpassade efter sitt funktionshinder, som inte den lokala sjukgymnasten kan erbjuda. Så är många barn med cp t ex hjälpta av konduktiv pedagogik

(tex Petoträning, eller Move and Walk). Denna träning erbjuds inte kostnadsfritt i alla landsting. I vissa landsting innebär det att föräldrar, som har råd att betala, själva köper platser på träningscentra.

Men i de familjer som inte har råd, får barnen inte denna träning, med ökad spasticitet och i värsta fall, inte den positiva utveckling som tränade barn får, till följd. Plötsligt har det blivit en klassfråga om man ska få den hjälp, träning och utveckling som man har kapacitet för. Det tycker inte jag är rimligt!

Partikongressen föreslås besluta:

H106:1 att alla funktionshindrade barn, oavsett bostadsort, ska få rätt till rätt träningsform, anpassat efter individuella förutsättningar

Sofija Pedersen Videke

Helsingborgs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H107

LJUNGBY ARBETAREKOMMUN

Ett rättvisare system för ögonvård

Bakgrund

Jag kan inte se några som helst skäl att inte ögonen skall räknas in i resten av kroppen. Att kunna se bra är en mänsklig rättighet, Idag har många svårt att ha råd med optiker då detta inte är inkluderat i sjukvårdens högkostnadsskydd. Folk går med gamla glasögon trots att de kunnat se bättre med nya glasögon. Ögonen är lika mycket en del av kroppen som armarna eller tänderna. Inte ska någon med nedsatt syn behöva bära hela optikerkostnaden.

Partikongressen föreslås besluta:

H107:1 att partikongressen beslutar att ögonen tillhör kroppen

H107:2 att Socialdemokratiska arbetarpartiet skyndsamt tillser att ögonvård (synundersökning, utprovning av glasögon etc) inkluderas i det nuvarande högkostnadsskyddet för sjukvård som redan finns i landstingen

H107:3 att glasögon inkluderas i det högkostnadsskydd som finns för läkemedel

Jerry Rogerstam

Ljungby arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H108

SKELLEFTEÅ ARBETAREKOMMUN

Funktionshinderpolitisk plan

Grunden för socialdemokratisk funktionshinderpolitik har under lång tid varit att den ska ses som en integrerad del i den generella välfärdspolitiken, där utgångspunkten är att personer med olika funktionshinder är medborgare med samma rättigheter och skyldigheter som andra, plus att funktionshinderpolitiken ska genomsyra alla samhälls- och politikerområden. Detta synsätt klargjordes bland annat, med tydlighet i partiets första och hittills enda funktionshinderpolitiska program, ("Medborgare med samma rättigheter och skyldigheter") som partistyrelsen beslutade i februari 2001.

Programmet som hade sin utgångspunkt kring funktionshindrades hela livssituation och med ett tydligt medborgarperspektiv, hade vid den tidpunkten som uppgift att på ett tydligt sätt, inom partiorganisationen, och inte minst utåt i samhället klargöra partiets hållning och mål med partiets funktionshinderpolitik.

Även om socialdemokratin, historiskt sett haft en offensiv roll inom det funktionspolitiska området så blev partiets beslut att anta ett eget funktionshinderpolitiska program ett viktigt avstamp och en tydlig signal att Socialdemokraterna var beredd att fortsättningsvis vara det drivande partiet när det gällde funktionshinderpolitiken på alla nivåer i samhället. Inte minst för alla Socialdemokrater, som i våra politiska uppdraget på olika nivåer engagerat oss dessa frågor blev programmet en vägledning och en plattform hur vi i vårt politiska arbete ska kunna skapa möjligheter för alla människor med funktionshinder ska kunna leva ett självständigt liv i full delaktighet i samhället.

Under ett antal år efter beslutet så var programmet fortfarande ett levande dokument, som bidrog att vi tydligt sätt kunde kommunicera vår politik ute i samhället. Nu, tretton år efter att partiets funktionshinderpolitiska program blev sjösatt, kan vi konstatera att programmet sedan länge mist sin betydelse och legitimitet som beskrivning hur vi som parti, utifrån dagens situation och morgondagens samhälle vill utveckla och driva på de funktionshinderpolitiska frågorna.

Det gör att vi som parti till stora delar saknar en funktionshinderpolitisk plattform att luta oss emot i det politiska samtalet, att vi därmed upplevs ha tappat mycket av vår offensiva roll och idépolitiska drivkraft kring dessa frågor på nationell nivå. Därför känns det angeläget att vi i som parti återigen kan formulera vår vision och våra mål i ett program där vi på nytt kan kraftsamla och återta initiativet i svensk funktionshinderpolitik. Att vi som parti återigen kan leda den politiska utvecklingen, leda debatten, stimulera till politiska samtal, och lyfta fram och synliggöra vår funktionshinderpolitik ur ett brett samhällsperspektiv med insikt att det finns människor som behöver mer för att kunna få lika mycket.

Partikongressen föreslås besluta:

H108:1 att partistyrelsen får i uppdrag att inför kommande mandatperiod arbeta fram, och besluta om ett nytt funktionshinderpolitiskt program för åren 2014-2017

H108:2 att partiets funktionshinderpolitiska program revideras inför varje ny mandatperiod

H108:3 att partistyrelsen får i uppdrag att verka för att det inom partiet ges förutsättningar att återigen byggs upp ett nationellt nätverk kring de funktionshinderpolitiska frågorna

Kenneth Andersson

Skellefteå arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H109

ÖRNSKÖLDSVIKS ARBETAREKOMMUN

Glas för att korrigera synfel hos barn ska vara kostnadsfria

Den här frågan har lyfts vid ett flertal tidigare partikongresser (2001, 2003, 2005 och 2009). Vid kongressen i Stockholm 2009 avslogs motionen, enligt partistyrelsens förslag. Voteringen visade att partistyrelsens avslagsyrkande vann med några få rösters övervikt.

Anledningen till att motionen lyfts vid ett flertal kongresser tror vi beror på att detta är en viktig fråga för våra medlemmar!

Partistyrelsen har gjort bedömningen att det inte är en prioriterad satsning att glasögon ska ingå i det försäkringsskydd som betalas av skattemedel. Fortfarande finns andra samhällseliga behov som måste betraktas som mer akuta och angelägna. (PS yttrande från 2009)

När barnen

- är sjuka får vi hjälp på vårdcentraler (eller liknande) och/eller sjukhus
- har hål i tänderna går vi till tandläkaren
- hamnar i rullstol får vi hjälp av både landsting(hjälpmiddel, träning, samtalskontakt mm.) och kommun(bostadsanpassning ex.)

Allt detta får vi kostnadsfritt – för så vill vi som parti att det ska vara! Det får inte vara en klassfråga, det är vi tydliga att uttala!

När Partistyrelsen anser att det inte är en prioriterad satsning kommer många funderingar. Varför måste man betala vid synnedläggning, men inte vid ex. tandvård för barn? Är det fler kroppsdelar du inte kan få hjälp med, och i så fall varför? Varför vill vi som parti inte ge rätt förutsättningar/hjälpmiddel till alla barn när möjligheten finns?

Vi anser inte att Landstingens/regionernas ekonomi ska avgöra om det här är en prioriterad fråga. Dessutom ser vi ju faktiskt att det är så att denna fråga inte är prioriterad i landsting och regioner. Då är frågan tillbaka på ruta 1. Tycker vi, som medlemmar i Socialdemokraterna, att det här är en fråga som ska prioriteras?

Glasögon kostar mycket pengar och i dagens allt tuffare klassamhälle ser de ekonomiska förutsättningarna väldigt olika ut. Då är det inte de med försörjningsstöd vi pratar om. Många har helt enkelt inga pengar att prioritera med! Många har inte ekonomiskt utrymme för den extrakostnad som glasögon innebär! Glasögon är ett hjälpmedel! Utan glasögon skulle inte alla barn kunna lära sig att läsa och det vore en stor förlust för vårt samhälle!

Barnbidraget ges till alla barn oavsett familjens ekonomi. Det gör vi för att vi värnar om alla barns lika värde. Vi vill genom att få igenom denna motion se till att alla barn får samma förutsättningar och betona alla barns lika värde! I praktiken kanske barnbidraget i flera månader måste användas till nya glasögon och andra angelägna materiella behov får stå tillbaka. Något som barn utan synfel, eller barn i familjer med goda inkomster, slipper utsättas för.

Många har tagit del av Rädda Barnens undersökning om Barnfattigdomen och vårt eget parti genomförde 2011 en Barnfattigdomskampanj. Vår förre partiledare, Håkan Juholt, lyfte upp frågan om kostnader för glasögon på dagordningen. Barnfattigdomen bekämpas inte genom en kampanj, även om det är lovvärt. Barnfattigdomen bekämpas genom politiskt agerande! Vi tror att vår motion kan vara ett sådant politiskt agerande, som kan hjälpa några av de barn, som inte bara finns i statistiken, utan också i vår verklighet!

Anledningen till att vi envisas med att fortsätta kämpa för att få igenom denna motion är given. Vi gör det för att vi vill att alla barn ska få lära sig att läsa – oavsett om deras föräldrars ekonomi tillåter det eller inte! Vad tycker du?

Partikongressen föreslås besluta:

H109:1 att glas för att korrigera synfel hos barn skall vara kostnadsfria

Zenitha Nordfjell

Örnsköldsviks arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H110

MALMÖ ARBETAREKOMMUN

Glasögon till barn

Både tandvård och hörapparater är gratis för barn i Sverige. Men av någon anledning anses inte glasögon till barn lika viktigt.

Skillnaderna mellan landstingen är stora när det gäller subventioner till barnglasögon, allt ifrån inget bidrag alls till subvention upp till 19 års ålder. Vanligast är subvention upp till 8 års ålder.

När det gäller barnfamiljer med försörjningsstöd kan de som regel få hjälp från socialtjänsten. Men stödet är restriktivt, barn kan få vänta länge när de vuxit ur sina gamla glasögon eller när de gått sönder. I en del områden utgår inget stöd alls till barnglasögon.

Vi har skolplikt i Sverige men det finns ingen absolut rättighet för skolbarn att kunna se vad läraren skriver på tavlan eller att kunna läsa sina skolböcker. Och detta trots att barnens synförmåga kan skadas permanent om de inte får tillgång till glasögon medan synen håller på att utvecklas.

Majblomman har märkt att ansökningarna om hjälp till barnglasögon har ökat betydligt sedan mitten av 2 000-talet. Detta har ett tydligt samband med att barnfattigdomen ökat under denna tid. Problemet är att

det finns stora regionala skillnader och att föräldrarnas ekonomi i åtskilliga fall är avgörande för om barnen ska få glasögon.

Så här står det i Majblommans rapport om behovet av barnglasögon från 2012:

”Hugo Lagercrantz, professor pediatrik, neonatologi talar ofta om det lilla barnets behov. Barnets hjärna är som en djungel med nervbanor kors och tvärs. Att tala mycket till barnet är viktigt för språkutvecklingen. De nervbanor som stimuleras under tidig barndom frodas, medan andra försvinner. Han menar att det är viktigt att stimulera barns läsning. Om barnet inte kan se på grund av medfödd starr eller svår skelning, går synbarken i träda och barnet utvecklar inte synförmåga. Glasögon är i detta sammanhang en medicinsk behandling.

Synen spelar en dominerande roll vid tidig kommunikation och inläring. Det är nyckeln till kunskap. Glasögon till barn bör därför ses som medicinsk behandling så länge som synen utvecklas för att barn ska kunna utvecklas och hänga med i skolan och delta i gemenskapen med sina kamrater. Om synnedsättningen är bestående bör glasögon betraktas som hjälpmedel för funktionsnedsättning på samma sätt som en hörapparat är.

Enligt Gerd Holmström, professor och barnögonläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala som uttalar sig i en artikel i Svenska Dagbladet, är synen inte färdigutvecklad förrän vid 8 till 10 års ålder. – Om ett barn har stora brytningsfel, såsom översynthet, närsynthet eller astigmatism, är det viktigt att använda glasögon för att synen ska utvecklas optimalt. Barnet kan annars få en synnedsättning som inte går att behandla senare. Brytningsfel har en viss ärftlighet. Det finns familjer där alla är närsynta och då kan utgifterna bli väldigt höga, menar hon.”

För familjer med låg inkomst, som inte får tillräckligt bidrag till barnens glasögon, blir detta en klassfråga. Särskilt med tanke på att växande barn behöver byta glasögon ofta och att slitaget på glasögonen är större för barn än vuxna, och därmed behövs nya glasögon oftare.

Partikongressen föreslås besluta:

H110:1 att SAP verkar för att alla barn och ungdomar som behöver det ska ha rätt till glasögon till och med 19 års ålder, oavsett var de bor och oavsett föräldrarnas ekonomi

Hillevi Larsson

Malmö arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H111

LUNDS ARBETAREKOMMUN

Gratis glasögon för barn

En bra syn är en förutsättning för att klara sig i dagens samhälle. Många lider emellertid av försämrad syn. Sedan länge finns det lyckligtvis medel för att korrigera eventuella synfel. Ett sådant medel är glasögon.

Det är viktigt att åtgärda synfel direkt. För att ett barn skall kunna lära sig läsa och klara skolgången i övrigt är en bra syn en förutsättning och glasögon ska vara en självklarhet. Glasögon och synundersökningar är emellertid väldigt dyra och familjer kan drabbas svårt ekonomiskt på grund av barnens synfel. I värsta fall kan detta leda till att inköpet av glasögon skjuts upp eller inte blir av. Detta får inte ske.

Glasögon för barn ska vara en del av den generella välfärden och betalas gemensamt via skattsedeln precis som sjuk- och tandvård. Därför yrkar jag att glasögon och synundersökningar ska vara skattefinansierade och således ”gratis” för barn.

Partikongressen föreslås besluta:

H111:1 att Sveriges socialdemokratiska arbetareparti ska driva att glasögon och synundersökningar för barn (personer upp t.o.m. 18 år) ska vara skattefinansierade

Jesper Lissmark, Oskar Gramstad, Rebecka Barjosef och Elin Gustavsson
Lunds arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H112

UDDEVALLA ARBETAREKOMMUN

Högekostnadsskydd för specialslipade glas till glasögon

Det är väldigt dyrt att ha dålig syn i Sverige. Visserligen har priset på glasögon gått ner kraftigt för de som inte har sämre syn än att de kan köpa glasögon med så kallade standardglas. Glas till någon som har minus 11 kostar till exempel cirka 3000:-. Då tillkommer bågar och synundersökning. Det är inga optikerkedjor som ger rabatter liknande de som ofta finns för glasögonbärare som klarar sig med standardglas. Personer med andra medfödda handikapp får subventionerade hjälpmedel. Detta borde även gälla de personer som har så dålig syn att de måste ha specialslipade glas. Det är djupt orättvist att det inte finns något högekostnadsskydd för specialslipade glas. Ingen klarar sig utan glasögon och det är många som har fel styrka på glasen eftersom de inte har råd att byta.

Partikongressen föreslås besluta:

H112:1 att partiet arbetar för att införa ett högekostnadsskydd för specialslipade glas till glasögon

Carina Antonsson, Ordf. Skredsviks S-kvinnor och Susanne Grönvall, Sekr., Skredsviks S-kvinnor
Uddevalla arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H113

SÖDERKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

Högre prioritet för rehabilitering och hjälpmedel

I Hälso- och sjukvårdslagen §2 står det att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

I §2.a.1 står det att krav på hälso- och sjukvården är att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling

För personer med kroniska sjukdomar är ofta rehabilitering den behandling som finns att tillgå, bla för att inte försämra tex rörelsefunktioner. Idag har landstinget inget krav på sig att tillgodose patientens behov av god rehabilitering, utan det räcker att landstinget erbjuder rehabilitering och hjälpmedel.

Denna skrivning innebär i praktiken att vård prioriteras i högre grad än rehabilitering och hjälpmedel. Det får också som följd att landstingen inte prioriterar kroniskt sjuka personers behov av regelbundet återkommande rehabilitering och ser till att det verkligen erbjuds. För personer med tex MS blir konsekvensen ofta att dessa måste lämna arbetslivet just p g av bristande rehabilitering.

I en del landsting är även tillgången till funktionella hjälpmedel så dålig att den väsentligt försämrar kroniskt sjuka personers möjlighet till ett värdigt liv och möjlighet till social samvaro.

Partikongressen föreslås besluta:

H113:1 att Socialdemokraterna ska verka för att god rehabilitering och tillgång till funktionella hjälpmedel jämställs med god vård

Mattias Ravander, Söderköpings Socialdemokrater

Söderköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H114

SANDVIKENS ARBETAREKOMMUN

Höjd ålder för hjälp till glasögon för barn

Nuvarande bidrag för gratis glasögon för barn ser olika ut över hela landet. Vissa landsting ger bidrag för både glas och båge och 2 landsting inga bidrag alls.

Alla föräldrar med barn som har synfel drabbas av en stor utgift varje år. Synen förändras fort när man är barn och byte av glasen i glasögonen varje år är inte ovanligt. Dessutom växer barnen och det gör att glasögonbågarna måste bytas ofta med följderna av att nya glas måste sättas in igen. Oftast har flera i en syskonskara glasögon och utgifterna blir enorma. Det är en klassfråga att inte kunna se ordentligt och ha omoderna glasögonbågar.

Partikongressen föreslår besluta:

- H114:1 att reglerna för bidrag till glasögonbågar/glas skall se lika ut i hela landet och alla landsting
H114:2 att reglerna skall ändras till att gälla alla barn och ungdomar upp till 18 år och bidrag skall ges till både glas och båge

Södras Socialdemokratiska förening

Sandvikens arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H115

HELSINGBORGS ARBETAREKOMMUN

LSS och assistansersättningen

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättningen (LASS) beslutades i stor enighet i Sveriges Riksdag strax före valet 1994. Till grund för beslutet låg ett förslag från den Handikapputredning som tillsattes av statsrådet Bengt Lindqvist.

Reformen syftade till att personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar skulle få ett stöd och en service som innebar en större självständighet och ett större deltagande i samhälls- fritids- och kulturliv. Socialtjänst lagen som dittills hade gällt för huvuddelen av denna grupp ansågs för otillräcklig för personer som under hela sitt liv eller stora delar av sitt liv levde med stora funktionsnedsättningar. Medan socialtjänstlagen anger att personer ska ha en skälig levnadsnivå kom den nya lagen att ange en god levnadsnivå som grund.

Rätten till personlig assistans blev en central del av reformen. Genom denna rätt skulle personer kunna leva ett mer självständigt liv. En bärande del av reformen var den enskildes egen bestämmanderätt. Den enskilde skulle själv få välja vem eller vilka som skulle utföra assistansen. Det kunde vara en kommun, ett privat företag eller ett kooperativ som kunde få detta ansvar.

Reformen kostnadsberäknades. Huvuddelen av ansvaret skulle falla på kommunerna. En mindre del, det som kom att benämnas toppkostnaderna, kom att falla på försäkringskassan. Motivet för det sistnämnda var att för kommuner med en hög andel personer som tilldelats assistansersättning skulle detta bli en alltför hög kostnad i jämförelse med andra kommuner.

LSS och LASS kom att bli en precis så värdefull reform för enskilda personer som lagstiftaren avsett. För många människor blev reformen en stor frigörelse. Livskvaliteten ökade. Reformen visade sig dock bli betydligt dyrare än beräknat. Till en stor del beror detta på att det fanns ett underliggande behov som varken handikapputredningen eller Sveriges Riksdag förutsåg. Personerna i behov av assistansersättning var fler och behoven som varje individ hade var större.

År 2004 kom assistanskommittén att tillsättas. Uppdraget var att se över behovet av tillstånd och tillsyn och dessutom ge förslag om att komma tillrätta med kostnadsutvecklingen. Utredningen kom att arbeta under flera år. Förslag kom att läggas om tillstånd och tillsyn och bedömningarna för assistans stramades

upp. Under de år som kommittén arbetade uppdagades att flera företag som arbetade inom branschen gjorde stora vinster och förde dessa vinster ut ur landet. Fusket inom branschen visade sig också vara ganska så utbrett.

Att inte pengarna till assistans används för avsett ändamål minskar legitimiteten för denna viktiga reform. Att det fuskas och att pengar hamnar i fickorna hos mindre nogräknade personer liksom att pengar går till stora vinster som tillfaller enskilda personer minskar ytterligare legitimiteten. Därför måste åtgärder vidtas för att de till att avsätta medel går till assistans. Tillstånd och tillsyn är bra men räcker inte. Utredningen lade en del förslag som innebar redovisning från företagen att den övervägande delen av avsatta medel gick till personalkostnader. Dessa förslag lades aldrig fram av ansvarig minister maria Larsson.

I dag är skillnaden i kvalitet mellan de insatser som ges till personer i enlighet med socialtjänstlagen och de insatser som ges utifrån LSS stora. Denna stora skillnad gör att trycket att på insatser enligt LASS blir stora. Den enskilde har ett intresse av att få insatser med högre kvalitet. Kommunerna har ett intresse av att försäkringskassan tar över kostnaderna. Privata företag försöker också via domstolsprövning få ut så mycket assistans som möjligt. Det ibland oklara regelverket gör att de ganska ofta lyckas. Vid sidan om LSS och LASS finns ett kommunalt utjämningsystem som innebär att kommuner med små kostnader för assistans betalar till kommuner med höga kostnader. Detta system gynnar inte kommuner som försöker göra goda insatser genom socialtjänstlagen. Det innebär bara att de får betala till andra kommuner via det interkommunala utjämningsystemet.

LSS och LASS är två reformer som vi måste värna om. Därför är det viktigt att få bort fusket och få bort företag som bara är ute för att tjäna pengar. Det är också viktigt att reformen inte blir ett spel mellan olika huvudmän för att komma undan kostnader. Människor med funktionsnedsättningar är precis som andra grupper kommunmedborgare och ska behandlas därefter. Eftersom två lagar styr insatserna för personer med funktionshinder är det viktigt att skillnaderna för den enskilde inte blir alltför stor beroende under vilken lag insatserna sker.

De förslag från assistanskommittén som den borgerliga regeringen genomfört har mest skapat irritation bland de assistansberättigade. Fusket och det faktum att privata firmor kunnat göra sig förmögenheter finns kvar. LSS och LASS är två viktiga reformer som betytt väldigt mycket för många personer med funktionsnedsättningar. Därför finns det skäl att finna metoder för att komma tillrätta med de avarter som växt fram i reformens spår.

Partikongressen föreslås besluta:

H115:1 att en samlad översyn görs av LSS, LASS, socialtjänstlagen och det kommunala utjämningsystemet med syftet att se till att de medel som avsätts till insatser för personer med funktionsnedsättningar används för avsett ändamål

Jan Andersson

Helsingborgs arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H116

STAFFANSTORP ARBETAREKOMMUN

Rätten till personligt ombud bör skrivas in i lagen

Reformen med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning är bland det viktigaste som hänt dessa personer. Kommunerna bör få lagstadgad skyldighet att tillhandhålla tjänsten så att den inte avskaffas i nedskärningstider.

I samband med psykiatrierreformens införande 1995 beslutade regeringen att starta en försöksverksamhet med personliga ombud under tre år (1995-1998). Personliga ombud skulle få ett ansvar för att individens behov och rättigheter uppmärksammades och för att samhället insatser samordnades. Cirka 250 personer med psykisk funktionsnedsättning fick stöd av 32 personliga ombud på tio orter runt om i landet.

Socialstyrelsens utvärdering visade att utnyttjandet av psykiatriskts sjukvård och psykiatrisk dagvård minskade kraftigt under projektiden, stabiliteten i boende ökade och betydligt fler insatser enligt lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade beviljades.

I maj 2000 beslutade regeringen att via statsbidrag permanenta och stödja landets kommuner att bygga upp verksamheter med personliga ombud. Antalet ombud har sedan dess tiofaldigats.

I dag har kommunerna möjlighet men inte skyldighet att erbjuda personligt ombud. År 2005 skrev Socialstyrelsen i en utvärdering (1) att möjligheten att långsiktigt stödja och utveckla verksamheten skulle öka genom lagstiftning.

”I en pressad ekonomi med ett stort antal angelägna behov och många prioriteringsproblem är det lätt att sätta en frivillig reform som ställer ytterligare krav på resurser på undantag.” (1)

Lagstiftning skulle motverka en sådan utveckling, då kommunerna skulle bli skyldiga att inrätta ombudsverksamhet. Med tanke på vad funktionen kostar och på de samhällsekonomiska vinster som den bidrar till borde, om inte annat, dagens ekonomiskt kortsiktiga tänkande föranleda en stadigvarande lösning av situationen.

Referens: 1. Personligt ombud 2000-2004, Socialstyrelsen; 2005

Partikongressen föreslås besluta:

H116:1 att rätten till personligt ombud bör skrivas in i lagen

H116:2 att partikongressen bifaller motionen och översänder motionen till riksdagsgruppen för handläggning

Kumar Nair

Staffanstorps arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H117

SÖDERKÖPINGS ARBETAREKOMMUN

Stöd till rehabilitering för människor med funktionsnedsättning

Sommaren 2012 ändrade regeringen reglerna för stöd till rehabiliteringsanläggningar som drivs av olika handikapporganisationer i Sverige. Från att som tidigare haft regler som generellt gäller organisationernas anläggningar om de är registrerade handikapporganisationer, har reglerna nu ändrats så att två specifika funktionsnedsättningar (ryggmärgsskada, punktskriftsutbildning) och sällsynta diagnoser. Andra förbund som bedriver rehabilitering för personer med stora behov av kontinuerligt återkommande rehabilitering för att inte försämra befintliga funktioner, riskerar att stå utan statsbidrag. Exempelvis är personer med olika neurologiska diagnoser som ALS, MS, stroke och neuromuskulära diagnoser grupper med stora rehabiliteringsbehov.

Partikongressen föreslås besluta:

H117:1 att Socialdemokraterna ska verka för en trygg, säker och kontinuerlig rehabilitering för människor med alla kända funktionsnedsättningar

Mattias Ravander

Söderköpings arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H118

VALDEMARSVIKS ARBETAREKOMMUN

Stöd till rehabilitering för människor med funktionsnedsättning

Sommaren 2012 ändrade regeringen reglerna för stöd till rehabiliteringsanläggningar som drivs av olika handikapporganisationer i Sverige. Från att som tidigare haft regler som generellt gäller organisationernas anläggningar om de är registrerade handikapporganisationer, har reglerna nu ändrats så att två specifika funktionsnedsättningar (ryggmärgsskada, punktskriftsutbildning) och sällsynta diagnoser. Andra förbund som bedriver rehabilitering för personer med stora behov av kontinuerligt återkommande rehabilitering för att inte försämra befintliga funktioner, riskerar att stå utan statsbidrag. Exempelvis är personer med olika neurologiska diagnoser som ALS, MS, stroke och neuromuskulära diagnoser grupper med stora rehabiliteringsbehov.

Partikongressen föreslås besluta:

H118:1 att Socialdemokraterna ska verka för en trygg, säker och kontinuerlig rehabilitering för människor med alla kända funktionsnedsättningar

Christer Hennem

Valdemarsviks arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H119

UMEÅ ARBETAREKOMMUN

Synen, en del av kroppen

Borde inte att se ordentligt ingå i det allmänna socialförsäkringsskyddet? Att se ordentligt, vare sig det är med hjälp av glasögon eller med hjälp av operation, ska inte i ett välfärdssamhälle vara en klassfråga. Viss hjälp kan fås till att höra ordentligt, på samma sätt borde samhället behandla dem som ser dåligt.

Partikongressen föreslås besluta:

H119:1 att SAP ska verka för att barn upp till 18 år ska ha rätt till glasögon

Alejandro Caviedes

Umeå arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H120

SÄFFLE ARBETAREKOMMUN

Tillgänglighet till politiska sammanträdeslokaler

Många kommuner har brister i tillgängligheten i sina sammanträdeslokaler för personer med rörelsenedsättning, därför utestängs många från att delta i politiken. ”Enkelt åtgärdade hinder” skulle ha avskaffats före år 2010 i publika lokaler enligt ett riksdagsbeslut i början på 2000 – talet. Alla människor ska kunna delta i den politiska närdemokratin.

Partikongressen föreslås besluta:

H120:1 att våra politiska sammanträdeslokaler skall vara tillgängliga för människor med funktionsnedsättning

Sven-Gustaf Nilsson

Säffle arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.

MOTION H121

YSTADS ARBETAREKOMMUN

Ökade valmöjligheter av tekniska hjälpmedel för människor med funktionsnedsättningar

Människor med funktionsnedsättningar har idag rätt till tekniska hjälpmedel av kommun och landsting. Många människor lever med sina funktionsnedsättningar och försöker på egen hand lösa situationer som kan vara svåra. De hjälpmedel som finns till hands är inte tillräckliga sett ur ett perspektiv med önskan om ökad rörelse och aktivitet i de delar av kroppen som fungerar. Det är angeläget att människor med funktionsnedsättning inte passiviseras. Deras rörelse och aktivitet är oerhört viktigt för ett så friskt liv som möjligt.

Människokroppen är gjord för rörelse. Att röra på sig påverkar både vår fysiska och psykiska hälsa positivt. Regelbunden fysisk aktivitet leder till att man mår bättre, genom att man blir avstressad samtidigt som man får mer ork och energi. Man undviker dessutom högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes etc. Hälsan och välbefinnandet ökar. Syreupptagningsförmågan blir högre och det påverkar hjärnans arbetskapacitet och skapar endorfiner som leder till att du mår bättre.

Det är därför angeläget att utöka valmöjligheter av tekniska hjälpmedel. Ett tekniskt hjälpmedel har du rätt att ta med dig på tåg, buss och flyg. Ett tekniskt hjälpmedel ska vara markerat som ett sådant och ger omgivningen besked på att det är en människa som har särskilda behov och som kan behöva företräde och hjälp.

Partikongressen föreslås besluta:

H121:1 att Socialdemokraterna genomför en utökning av valmöjligheterna av tekniska hjälpmedel med fokus på ett aktivt självständigt liv

Cecilia Magnusson-Svärd och Bo Widegren

Ystads arbetarekommun beslöt att anta motionen som sin egen.