

# **Slutrapport från arbetsgruppen "Alla har rätt till en god välfärd och hälsa"**

**Underlagsrapport till Framtidens Malmö**



**Arbetsgrupp:**

Ordförande: Rose-Marie Carlsson

Ledamöter: Nihad Pasalic, Olga K Roos, Daniel Hedén

Sekreterare: Bahhar Mohammadi Norén, Vanja Andersson

## **Inledning**

Malmö och många andra kommuner i Sverige står inför flera utmaningar i välfärdssektorn de kommande 20 åren. Arbetsgruppen *Alla har rätt till en god välfärd* har åtagit sig att analysera vilka behov som kan komma att finnas de kommande decennierna och hur en socialdemokratisk politik kan möta sådana utmaningarna.

Vi i Socialdemokraterna agerar efter devisen att alla medborgare, oavsett klasstillhörighet och tjocklek på plånboken, har rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda av det gemensamma. Samtidigt som medborgarna har rätt till välfärden är det också var och ens plikt, att efter förmåga bidra till det gemensamma. Att ha en god hälsa innebär inte enbart att ha tillgång till en kvalitativ sjukvård, utan om att främja välbefinnande och förebygga sjukdomar för att människor ska kunna leva sina liv i frihet och uppnå sina drömmar.

Genom en progressiv beskattning, där de som har mer betalar mer och där kapitalägare som gör stora vinster beskattas därefter, tror vi att en god välfärd kan finansieras till samtliga medborgare. Med prioriteringar för det gemensamma och en grundtanke om att alla ska födas lika in i samhället menar arbetsgruppen att den goda välfärd som varit ett kännetecken för Sverige kan återskapas där det brister, förstärkas där det behövs och utvecklas i nya riktningar.

Genom att utjämna ekonomiska och sociala skillnader för att främja lika förutsättningar skapas också förutsättningar för god och jämlik hälsa. Individer oavsett klass, kön, etnicitet eller bostadsort ska ha samma möjligheter till ett långt och hälsosamt liv. Vi i Socialdemokraterna menar att det offentliga roll är att skapa sådana rättvisa förutsättningar.

## **Avgränsningar**

För att ta sig an uppgiften som Malmö arbetarekommun beslutat om har arbetsgruppen behövt göra vissa avgränsningar. Bland de avgränsningar som har gjorts är till exempel frågor som teknikutvecklingen som på många sätt revolutionerat den medicinska utvecklingen. Den tekniska utvecklingen har haft en stor inverkan på den vård och omsorg som bedrivs idag. Det är inte osannolikt att utvecklingen fortsätter vilket skulle innebära fortsatt positiv påverkan för sjukvården med framtagande av nya metoder och mediciner.

Även frågan om artificiell intelligens (AI) och digitalisering har lämnats utanför denna rapport. Framstegen inom AI kan och kommer sannolikt att innebära stöd inom områden som diagnostik. Samtidigt ska man inte glömma de stora risker som både teknikutveckling och AI innebär, exempel på sådana risker kan vara att känslig data delas med utomstående aktörer. Detta är emellertid områden som gruppen valt att lämna utanför rapporten.

## **Möten under processen**

Arbetsgruppen har anordnat möten för kunskapsinhämtning och diskussion samt deltagit i av andra anordnade möten.

LO-utredaren Johan Enfeldt bjöds in av gruppen för en dragning av om organisationens syn på finansieringen av välfärden och dess strukturella problemen samt potentiella lösningar. Representanter från gruppen närvarande också på möte med forskaren Tapio Salonen som arbetsgruppen *En stad som håller ihop* bjudit in till. Salonen presenterade en kort historisk exposé av Malmö med beskrivning av framtida utmaningar i demografi och strukturförändringar i framför allt äldreomsorgen i framtiden.

Arbetsgruppen har även träffat regionpolitiker Mattias Olsson (S) med ansvar för sjukvårdsfrågan i region Skåne för att fördjupa sig i och diskutera sjukvårdsfrågan.

Vidare har arbetsgruppen samtalat med Kommunals S-fackklubb om de frågeställningar som varit aktuella i arbetsgruppens samtal. Dessutom har LO:s untkommitté inkommit med tankar och reflektioner kring arbetsgruppens ansvarsområde.

Därutöver har arbetsgruppen träffats löpande för att diskutera ämnen som lyfts i denna rapport och material som har lästs under processens gång.

## **Framtidsinriktning**

I en inte allt för avlägsen framtid har samhället återtagit kontrollen över välfärden. Det långtgående privatiseringsexperimenten som pågått sedan början av 1990-talet har backats tillbaka. Det finns en stabil, jämlik finansiering av välfärden som bygger på indexerade generella stadsbidrag vilka kompletteras med den regionala och kommunala skattebasen. Välfärden ses inte som en belastande kostnad, utan som en investering i människors välmående och samhällets utveckling.

Välfärdens yrken har blivit attraktiva när arbetet med förbättrad arbetsmiljö gett resultat. Medarbetarna har blivit av med det orättvisa karensavdraget och man har fått förkortad arbetstid med bibehållen lön. Det sker ett systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna genom vilket det skapas trygga, hälsosamma och effektiva arbetsplatser. Arbetsplatserna arbetar tillitsbaserat och ingen styrs längre av minutschema eller andra liknande kontrollfunktioner. Det är de som arbetar närmast brukaren som lägger upp planeringen för gruppens arbete. Det finns närvarande chefer som stöttar, vägleder och bidrar till en hälsosammare arbetsplats genom att de har rimlig tid för sitt uppdrag när de inte längre har för många medarbetare som de ansvarar för.

Allt fler blir äldre, en av de största framgångarna i vår tid. Med den digitala utvecklingen och den allt bättre sjukvården klarar man sig längre utan hemtjänst. Vi lever ett friskare, friare och mer självständigt liv. Det är allt färre äldre patienter på sjukhusens vårdavdelningar. Dessa tas istället väl om hand inom en välfungerande samverkan mellan kommunernas vård och omsorg och regionens närsjukvård/primärvård.

På sjukhus bedrivs i första hand avancerade undersökningar och behandlingar inom tex cancersjukvården och neurologin. På sjukhus bedrivs också både akut och planerad kirurgi, precis som idag, samt psykiatrisk behandling av patienter som inte kan tas om hand inom öppenvården. Där finns också en beredskap för stora trauman, så som stora olyckor, krig eller

naturkatastrofer. Och naturligtvis för sådana patienter som faktiskt inte kan tas om hand i hemmet.

De avsevärt färre slutenvårdsplatser som fortfarande används är till absoluta merparten avsedd för de patienter som nämns ovan. Det normala för återstoden av patienterna är att vård, tillsyn och övriga insatser sker i hemmet, på vårdcentralen, eller vid någon form av lokal ”lättakut<sup>1</sup>”. Patienter som vårdas i hemmet följs via distansmonitorering och distanskommunikation via uppkopplad medicinteknisk utrustning, skärmar eller chatt. Vårddata uppdateras löpande via teknisk utrustning så att patientens hälsotillstånd följs kontinuerligt av personal på sjukhusens specialistmottagningar.

Öppenvården har god tillgänglighet och kompetens för att träffa patienter med både somatiska och psykiatriska besvär. Det finns tillräckligt med allmänläkare för att alla patienter ska känna sig sedda och även andra specialister, distriktssköterskor och paramedicinare<sup>2</sup> finns att tillgå för att möta patienternas vårdbehov.

Alla vårdgivare i hela landet, kommuner som regioner, har ett och samma journalsystem som gör det enkelt att kommunicera mellan olika vårdgivare med delat ansvar för patienten.

Möjligheterna att göra vinst inom offentligt finansierad sjukvård har avskaffats, och välfärdsbrottsligheten inom vården har som väntat också i princip försvunnit när det inte längre finns pengar i omlopp att lura sig till. Den fria etableringsrätten omfattar inte längre de privata och ideella aktörer som ännu finns kvar, utan regionerna har möjligheten att styra vård dit den gör mest nytta och där vårdbehoven finns.

## **Analys och förslag**

### **Välfärdens finansiering**

Den svenska välfärdsmodellens innehåll – vård, skola och omsorg – behöver finansieras i paritet med det som erbjuds medborgarna. Bristande kvalitet, långa köer och marknadslösningar är sådant som behöver hanteras och lösas. Idag finansieras välfärden framför allt genom kommunalskatten och med statsbidrag till både kommuner och regioner. Kostnaderna för välfärden är avhängt vilken ambitionsnivå man har med de olika välfärdsverksamheterna. Samtidigt kostar välfärden mer när befolkningen både växer och blir allt äldre. Behovet av välfärdens tjänster är som störst i början och slutet av livet.

Välfärdens verksamheter och ambitioner är i högsta grad en politisk fråga med tydliga ideologiska skillnader. Marknadslösningar och underfinansiering är aktiva beslut som innebär försämringar och försvagning av det som ska vara det gemensamma och en del av samhällskontraktet.

---

<sup>1</sup> Denna vårdform har många namn och ingen klar definition, men principen med lättakuter, eller närakuter, är att kunna ge halvaktut vård till gående patienter även utanför kontorstid som inte är begränsad till den allmänmedicinska professionen (dvs inte är primärvård men som inte heller sjukhusets alla resurser).

<sup>2</sup> Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, logopedier, dietister etc

Behovet av utökad finansiering syns inom många verksamheter, från större barngrupper i förskolan, större klasser i skolan till primärvårdens organisering och sjukvårdsköer. Högerens marknadslösningar i kombination med underfinansiering under lång tid har inneburit att medborgarna i allt högre grad använder sig av privata sjukvårdslösningar. Detta är ett problem som, om det inte hanteras, kommer att sprida sig till fler sektorer, vilket bidrar till en minskad tilltro till det gemensamma och i slutändan viljan att bidra till det offentliga systemet. För låga nivåer i socialförsäkringssystemet, sjukpenning, sjukersättning och föräldrapenning kan i förlängningen innebära samma typer av konsekvenser, det vill säga att allt fler medborgare ställer sig samma fråga som Leif Östling, tidigare ordförande för Svenskt Näringsliv gjorde: ”vad fan får jag för pengarna?”.

#### Finansiering och utmaningar

Statsbidragen till regioner och kommuner indexeras inte efter ökade kostnader eller befolkningsutvecklingen och urholkas därför om inte aktiva beslut från riksdag och regering om justering fattas. Det innebär en osäkerhet för kommuner och regioner inför varje budgetproposition samt att alltmer av kostnadsansvaret för välfärdsverksamheterna successivt vältras över till kommunsektorn. Det är inte rimligt eller rättvist att hela välfärdens behov av ökad finansiering bärs av den kommunala skattebasen och den platta kommunalskatten. Om alla ska bidra efter förmåga, och för att säkra en långsiktigt hållbar finansiering av välfärden, måste staten minst bibehålla och helst öka sin andel av kommunsektorns finansiering. Ska Sverige ha råd med en god vård och omsorg för allt fler äldre kommer det att krävas att samtliga skattebaser tas i anspråk.

Statens tillbakadragande, i till exempel bristen på en aktiv arbetsmarknadspolitik, innebär också förskjutning av finansieringsansvar från staten till kommunen. Kommunen har tagit en viktig roll gällande både arbetslöshet och ekonomiskt bistånd. I brist på nationella program för att komma till bukt med arbetslöshet, nödgas kommuner bygga egna lösningar – med egna medel för att invånare utan arbete ska ha möjlighet till insatser. Liknande förskjutning kan man notera gällande socialförsäkringssystem och arbetslöshetskassa, när staten inte tar sitt ansvar för de nationella försäkringssystemen och människor blir utförsäkrade, hamnar det finansiella ansvaret på kommunerna genom ekonomiskt bistånd.

En annan påverkansfaktor för kommuner och regioner är de ekonomiska konjunkturerna och bristen på förstärkning i lågkonjunkturer. En stabil och förutsägbar finansiering över konjunkturcykler hade inneburit att kommuner och regioner inte behöver göra nedskärningar i lågkonjunkturer när behovet av välfärden är större och där offentliga verksamheterna kan bistå för att inte fördjupa konjunkturen. Det behövs lika många lärare i skolan oavsett om det är låg- eller högkonjunktur, precis som det behövs undersköterskor, sjuksköterskor och förskolelärare.

De resurser som redan finns i välfärden kan användas bättre och effektivare. Det går att göra mer för samma peng – om marknadiseringen dras tillbaka. Marknadiseringen av välfärden har inneburit dyrare lösningar, mer spill och förlorande stordriftsfördelar. Privata aktörers vinstintresse passar inte in i hur välfärden borde bedrivas. Marknadslösningen innebär att de mest lönsamma brukarna premieras och att efterfrågan från dessa grupper också ökar – på bekostnad av de som har större behov. Detta gäller såväl i skolan med de svårigheter som

friskolor i aktiebolagsform innebär, liksom privata aktörer inom hemtjänsten som fragmentiserar det offentliga och försämrar stordriftsfördelar och planeringsvinster.

Med politiska beslut, incitament och förändringar i samhället har kraven på välfärden successivt ökat. Både kraven och förväntningarna på välfärden har ökat i takt med invånarnas inkomst och köpkraft. Allt fler familjer nyttjar välfärdsservice som förskola och fritids. Fler verksamheter har också fått ökade ambitioner som krav på mer undervisning i grundskolan, ökat pedagogiskt innehåll i förskolan, eller fast hemtjänstkontakt. Dessa ökade ambitionsnivåer är inte alltid parade med de finansiella resurserna som krävs. Kravställningen och resurserna matchas helt enkel inte, vilket innebär att kommunen får en övervältring av kostnader, från staten till kommunen.

#### Ekonomi för investeringar

Kommunsektorns investeringar har ökat kraftigt under 2000-talet. Många av investeringarna kan förklaras med den snabba befolkningsutveckling som varit och som inneburit att kommuner behövt investera i förskolor, skolor och bostäder. Samtidigt har stora investeringar trängt undan nödvändigt underhåll på befintlig infrastruktur. Även framgent kommer stora investeringar att krävas. Dessa bör inte betraktas som i huvudsak en lokal angelägenhet utan bör hanteras som nationella behov som kräver nationella åtgärder.

Den statliga oviljan att bidra till finansieringen av kommunsektorns nödvändiga investeringar för att upprätthålla bland annat välfärden, innebär en förskjutning av risk och ekonomiskt utrymme. Liksom vid tidigare utbyggnadsfaser, till exempel under 50–60-talet, bör därför staten dela finansieringsbördan med till exempel riktade investeringsbidrag för kommunal och regional infrastruktur.

En del av kommunernas finansiering sker genom statsbidrag, och inte sällan är dessa riktade och kommer med specifika villkor. Det innebär att kommuner inte kan prioritera efter behov utan att först uppfylla statliga krav, vilket minskar handlingsutrymme. Generella statsbidrag i kombination med investeringsstöd för infrastruktur hade varit lämpligare lösningar.

Kommunsektorns statsbidrag har en underutnyttjad potential som konjunkturstabilisator. Den ekonomiska kris som just genomlidits har tydligt visat att statsbidrag som inte följer inflationen, i kombination med det kommunala balanskravet, blir procykliskt – alltså förstärker konjunkturedgången genom att driva fram åtstramningar och uppsägningar.

Bristen på förutsägbarhet skapar en osäkerhet som gör att kommuner tenderar att vara återhållsamma med investeringar i tider av osäkerhet, även om investeringarna skulle kunna stimulera tillväxt eller möta akuta behov i välfärdsverksamheterna. För kommuner och regioner är det aldrig tydligt om tillskott från den nuvarande regeringen är tillfälliga stöd för att möta konjunkturen eller en uppräknings för inflationens, eller annan omständighets, påverkan på den kommunala välfärden.

#### Marknadisering och kostnadssnurren

Privata aktörers intresse av vinstmaximering och avkastningskrav är inte alltid i linje med det offentliga intresse för hur välfärden ska struktureras och framförallt fördelas. För att optimera vinst i förhållande till kostnaden att bedriva verksamheter kan privatägda etableringar välja ut de individerna med minst behov och rikta sitt fokus till sådana behov.

Detta sker såväl i vården, skolan och omsorgen. Samtidigt som de med minst behov väljs ut och prioriteras, ser de privata även till att öka efterfrågan på vården. Detta sammanfaller ofta med att de individer med minst behov är de som också är de billigaste att behandla eller utbilda. Marknadiseringen leder till ett ”plocka russin ur kakan”- scenario där svårare och dyrare fall lämnas till offentliga utförare.

Privatiseringar som är avsedda att öka effektiviteten i sektorn genom konkurrensdriven utveckling, får ofta motsatt effekt när de privata aktörerna utnyttjar luckor och svagheter i styr- och ersättningsmodellerna. Till exempel förklaras nätläkarnas initiala tillväxt av en kombination av fri etableringsrätt i primärvården, fritt vårdsökande över regiongränserna för patienter samt prislistan regioner emellan vid vårdsökande över regiongränserna. Tillsammans innebär detta att vem som helst kunde starta en nätvårdstjänst, starta egen vårdcentral alternativt sluta avtal med befintlig vårdcentral var som helst i landet och därefter sälja sin tjänst till ett fast pris per besök till alla i hela Sverige.

Eftersom det saknas tak på ersättningen går idag en ständigt ökande andel av regionernas primärvårdskostnader till en allt växande skara privata nätläkare med tveksam nytta för vården och patienterna i stort. De svagheter som finns i dagens system kommer att utnyttjas av vinstmaximerade aktörer.

Om en ersättning ökar när patienterna har en viss diagnos eller får behandling med en specifik åtgärd, kommer förekomsten av dessa diagnoser och åtgärder nästan alltid att öka, särskilt om det sker inom ett vårdval där vem som helst kan etablera sig och det saknas kostnadstak.

Det är inte bara vinstmaximering, krav från aktieägare och ersättningsmodeller som driver kostnaderna i välfärden. När den offentliga välfärden styckas upp för att fler aktörer ska in i systemet förloras avgörande stordriftsfördelar. De fasta investeringar som kommunerna står med, skollokalerna, omsorgsfastigheter och liknande, blir dyrare i drift när färre brukar lokalerna. Ett annat exempel är i de kommuner där hemtjänsten är uppstyckad mellan flera aktörer. För en effektiv hemtjänst krävs det god planering av rutter med effektiv planering. Detta går såklart förlorat när flera aktörer konkurrerar om brukarna och planeringen över stora geografiska områden med längre transporttider som konsekvens.

Etableringsfriheten för privata aktörer i välfärdssektorn leder redan till att kommuner har det svårare att planera effektivt lokalutnyttjande och personalsammansättning. I Malmö har till exempel flertalet friskolor valt att hastigt stänga ner, med konsekvensen att kommunen skyndsamt behövt bereda skolplatser såväl som extra stöd för eleverna då kvalitén på friskolorna ofta varit mycket bristfälligt. Detta har självklart inneburit extra kostnader för kommunen. I förlängningen innebär den fria etableringsrätten att det också blir svårare för kommuner att själva investera i skolor och andra välfärdslokaler eftersom planeringsunderlaget är svårtolkat.

## **Förslag**

### **Indexering av stadsbidrag**

Stadsbidragen ska värdesäkras, det vill säga indexeras där resurserna automatiskt räknas upp varje år för att hålla jämna steg med prisökningar, befolkningstillväxt och ålderssammansättning. Därmed urgröps inte statens finansiering, såsom fallet är idag.



**Så få riktade stadsbidrag som möjligt.**

Riktade tillfälliga statsbidrag tvingar kommuner och regioner att lägga resurser på områden som staten har definierat som viktiga, vilket kan ske på bekostnad av långsiktigt mer angelägna utvecklingsområden och är tveksamt utifrån det kommunala självstyrets principer. De riktade bidragen gör det ofta lätt att sätta igång permanent verksamhet med tillfälliga pengar. När bidraget sedan tas bort eller förändrats har de uppstartade verksamheterna ibland trängt undan andra högre prioriterade insatser. Det skapar en kortsiktighet i styrningen och tar inte hänsyn till lokala skillnader i behov och försvårar budgetstyrningen. De riktade statsbidragen skapar även oklara ansvarsförhållanden och medför ofta tidskrävande administration, både för kommuner och regioner men även för staten som måste följa upp vad varje enskilt bidrag används till.

## **Utmaningar med kompetensförsörjning**

Befolkningsutvecklingen i Sverige påverkar välfärden på många sätt. En av de stora kommande utmaningarna – ett dilemma som redan uppstått i flera kommuner i Sverige – är kompetensförsörjningen. Med en demografiutveckling där antalet äldre ökar, behöver fler arbeta i välfärden i allmänhet, och omsorgen i synnerhet. Men att hitta kompetensen och behålla den är inte alldeles enkelt. Samtidigt som åldersgruppen 80+ ökar markant i Sverige och även i Malmö, ökar inte personer i arbetsför ålder med samma hastighet.

Enligt prognoser kommer de som är över 80 år i befolkningen att öka med nästa 50 procent. Det innebär att äldreomsorgen behöver anställa fler och likaså för hälso- och sjukvården då äldre ofta behöver mer omfattande tillgång till vård och omsorg. Lösningen på utmaningen är därför inte enbart att rekrytera fler. I kombination med att rekrytera behöver kommuner och regioner förändra och förbättra arbetssätt, kompetensutveckla befintliga medarbetare och systematiskt arbeta med arbetsmiljön och arbetsvillkoren.

Bemanningen i välfärden bygger på att de som är i arbetsför ålder står för försörjningen för de som brukar välfärden: i huvudsak barn, unga och äldre. Generellt i Sverige ökar andelen äldre i betydande grad, så är även fallet i Malmö. Däremot är Malmö en stad med många unga i arbetsför ålder och där prognoserna inte slår ut fullt lika snabbt som i många andra städer. Kompetensförsörjningsutmaningen kvarstår dock som ett faktum även för Malmö i framtiden.

Som tidigare skrivit påverkas kommuner och regioners finanser av konjunkturcykler, inflationen samt andra kostnadsökningar som priset på energi och räntor. Den ekonomiska situationen kan leda till ökad återhållsamhet i kompetensförsörjningen. En stabil och förutsägbar finansiering av kommuner och regioner är därför av största vikt för att kunna planera och prognostisera för välfärdens verksamheter även i ett personalhänseende.

Ambitionsnivån på välfärden är också en viktig faktor för framtidens kompetensförsörjning. Om ambitionsnivån ökar mer än demografin medger, kommer behovet av antalet anställda i vård-, omsorg- och andra välfärdsområden att öka än mer.

Ett hållbart arbetsliv

Samtidigt som det framgent finns stora utmaningar i kompetensförsörjningen, i synnerhet i välfärdssektorn, är det av största vikt att behålla alla de som redan är anställda i sektorn. Arbetslivet måste vara hållbart för alla de som har jobb med delade turer, tunga lyft, nattarbete och brukarnära arbeten.

Arbetsmiljöarbetet måste ske systematiskt och intensivt. Sommaren är återkommande varje år och planeringen behöver vara förutsägbar för medarbetare, brukare och patienter samt arbetsgivare.

Framtidens utmaning är flerdimensionerad, anställda behöver orka och kunna arbeta längre, samtidigt som yngre behöver se att välfärden är en möjlig väg till arbete. Lyckas vi med det står samhället dock inför utmaningen att det inte räcker till för att bemanna upp välfärden. Effektiviseringar, vård- och omsorg efter behov, och andra lösningar behöver tillsammans skapa en helhetslösning. Det finns ingen genväg.

För att bibehålla alla de som redan arbetar i välfärden eller precis är på väg in i sina första yrkesår är det av allra största vikt att villkoren och förutsättningarna förbättras. För en mer rättvis framtid behöver karensavdrag slopas. Karensavdraget är en orättvisa som tydligt cementerat klasskillnader och utgör en extra skatt för arbetarklassen.

Arbetsgivare i hela välfärden behöver strukturerat och målmedvetet arbeta med arbetsmiljöfrågorna. Såväl den fysiska som den psykosociala. Sjukfrånvarotalen bland välfärdsmedarbetare är höga och arbetsbelastningen är tung, samtidigt som det finns få möjligheter att påverka sin arbetsvardag. Balansen mellan krav och resurser behöver således jämnas ut.

För att välfärden ska vara bemannad även framgent behöver välfärdssektorn bli mer jämställd. Det innebär att heltidsarbete ska vara norm och arbetsmiljön ska anpassas efter de anställda. Det är en självklarhet att många av de utmaningar som välfärdssektorn står inför bäst löses tillsammans med fackliga organisationer. Samverkan kommer vara en självklarhet även om 20 år och det finns idag en stor tilltro till att medarbetarna i välfärden bäst vet hur verksamheten kan bli bättre, vassare och effektivare.

#### Kortare arbetstid med bibehållen lön

Förkortad arbetstid är en möjlighet för personal i välfärdssektorn, som ofta arbetar i krävande och stressiga miljöer att få en bättre arbetsmiljö. Kortad arbetstid kan bidra till att minska den fysiska och psykiska belastningen vilket i sin tur kan ge en påverkan för riskerna för sjukdom och sjukskrivningar. Med bättre arbetsmiljö kan också personal stanna längre i yrket och vara ett steg på vägen i den kompetensförsörjningsutmaning som finns. Dessutom kan förkortad arbetstid vara ett incitament för att locka fler att söka sig till en yrkesbana i välfärden.

## **Förslag**

### **Arbetsstidsförkortning**

I syfte att göra arbetslivet mer hållbart, vill vi ses en nationell arbetsstidsförkortning med målet att arbetstiden ska vara sänkt till motsvarande 30 timmar i veckan innan utgången av 2035. Den offentliga sektorns personnära verksamheter bör gå före med reformen.

Arbetstidsförkortning i offentlig sektor kommer långsiktigt att underlätta rekryteringen av nya medarbetare.

### **Avskaffa karensavdraget**

Karensavdraget är en av de mest orättvisa reglerna på arbetsmarknaden. Under pandemin blev det tydligt hur det drabbar yrkesgrupper som inte kan arbeta hemifrån. Anställda som tar sitt ansvar och stannar hemma när de är sjuka ska inte straffas. Ett avskaffande av karensavdraget skulle få många positiva konsekvenser för både samhället i stort och för den som jobbar. Smittspridningen på arbetsplatserna skulle minska och så även risken för långvarig sjukdom. För tjänstepersoner som kan arbeta på distans innebär en lättare förkylning sällan någon ekonomisk förlust. Men för de som måste vara på plats blir karensavdraget en kostnad för att göra det rätta. Att behöva jobba sjuk är inte hållbart - för någon.

### **Tillitsbaserad styrning.**

Kommuner och regioner har sedan en tid tillbaka påbörjat resan från new public managementstyrning mot en mer tillitsbaserad styrning. Den resan måste fortsätta och sättet att leda arbetet måste förankras hela vägen från den högsta politiska ledningen till första linjens chefer, faktiskt hela vägen ut till varje medarbetare. Arbetet inom välfärden ska genomsyras av att vi litar på att alla gör sitt arbete utan att det mäts i minsta detalj. Tillitsbaserad styrning och ledning är styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och brukarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och hjälpvillighet.

### **Kompetensförsörjning, kompetenshöjande insatser**

Arbetsgivarnas förmåga att ta tillvara och utveckla kompetensen hos befintlig personal samt att utveckla nya arbetssätt är avgörande för att klara kompetensutmaningen. Kommuner och regioner måste erbjuda goda möjligheter till utveckling för medarbetaren, oavsett om det handlar om att stärka språket eller att ges möjlighet att bygga på sin befintliga utbildning. Att erbjuda utvecklingsmöjligheter genom utbildning, eller andra kompetenshöjande insatser, är ett viktigt sätt att kunna attrahera och behålla rätt kompetens. Det är också ett sätt att ta tillvara befintlig personals kunskaper och ge dem möjlighet att utvecklas.

Några konkreta insatser,

- Vidareutbildning inom dokumentation och journalsystem – utvecklingen på området går starkt framåt tillsammans med mängden uppgifter som ska dokumenteras.
- Möjliggöra för specialistutbildningar inom exempelvis intensivvård, geriatrik och psykiatri. Inom äldreomsorgen ge möjlighet att skaffa sig spetskompetens inom exempelvis demensvård, palliativ vård och akut vård.
- Utbildning inom bemötande. Allt fler äldre ska vårdas hemma, mångfalden bland brukare och patienter kommer bli större och det i sin tur ställer krav på att personalen känner sig trygga i hur man kan bemöta olika människor utifrån deras förutsättningar.

- Erbjudas möjlighet till fördjupad kunskap i stresshantering och återhämtning. Det kommer att vara viktigt för att möjliggöra ett längre och mer hållbart arbetsliv.
- Allt fler arbetsplatser bygger sitt arbete utifrån team och för att det ska fungera väl behöver fler erbjudas olika former av ledarutbildningar,

### **Fler medarbetare**

I en rapport från 2023 uppger Kommunal att färre än hälften av de som arbetar inom äldreomsorgen vill vara kvar om tre år. Den allt övergripande frågan, som kan kopplas till samtliga punkter som man anger som orsak till att vilja lämna, är underbemanningen. Den hänger samman med såväl krav och resurser som arbetsvillkor, arbetsmiljö och verksamhetens kvalitet. Det är viktigt med ett brett fokus på förbättring av arbetsmiljön, men det går inte att bortse från att färre personer gör mer och att resurserna minskat under flera decennier. Den utvecklingen måste vändas, resurserna till omsorgen måste öka. Det finns helt enkelt inte mer luft att pressa ur systemet, nu måste utvecklingen vändas och mer luft måste tillföras.

Till en början kommer det att vara en kostsam reform. I förlängningen kommer det sannolikt ge besparande effekter när fler kommer orka jobba heltid, färre behöver sjukskriva sig på grund av psykisk eller fysiskt pressat arbete och fler orkar stanna kvar i yrket.

### **Möjliggöra för fler att arbeta längre**

Att få fler att kunna arbeta längre kommer vara en viktig nyckel för att klara den framtida bemanningen inom vård och omsorg. Genom att erbjuda medarbetare möjlighet att trappa ner sin arbetstid men samtidigt vara kvar som mentor i slutet av yrkeslivet kan ge fler möjlighet att jobba kvar samtidigt som man tar tillvara på deras kompetens som också för vidare till nya medarbetare.

### **Arbetsmiljö**

Alla arbetsplatser inom välfärden måste arbeta aktivt med friskfaktorerna. Det är de organisatoriska förutsättningarna som visat ger en positiv påverkan på arbetsmiljön. Exempel på friskfaktorer är, delaktighet och inflytande, bra arbetsklimat och socialt stöd, balans mellan krav och resurser, möjlighet till återhämtning, utvecklingsmöjligheter, tydliga roller och ansvar, rättvisa och transparens och goda ledarskap och tydliga mål.

### **Fortsätta arbetet med delade turer och minska timanställning**

Att ta bort delade turer är ett viktigt steg mot förbättrade arbetsvillkor inom vård och omsorg. Försök pågår för att hitta fungerande schemaläggning som accepteras av medarbetarna. Dessa försök bör växlas upp för att sedan implementeras i verksamheterna.

Arbetet med att minska antalet timanställda till förmån för fler fasta anställningar och ett ökat antal heltidsanställda ska fortsätta. Att fler är fastanställda istället för timanställda ger en mer stabil arbetssituation för alla och leder till en tryggare arbetsplats med ökad kvalitet i arbetet.

### **Avskaffa användningen av bemanningsföretag inom vård och omsorg.**

Bemanningsbolag tillför inget mervärde, tvärtom, de försämrar kvaliteten och arbetsmiljön samt medför försämrad kontinuitet och risker för patienter och brukare. Den flexibilitet som bemanningsbolag ger verksamheten kan istället åstadkommas genom interna bemanningspooler i kommuner och regioner.

### **Chefers förutsättningar**

En chef har en avgörande roll i att skapa en god arbetsmiljö för medarbetarna. Chefer måste ges förutsättningar för att kunna vara bra, närvarande ledare. Idag är det många chefer inom omsorgen och sjukvården som har ansvar för allt för många medarbetare, vilket leder till att de inte hinner med sitt uppdrag och ofta upplevs som icke närvarande. Ett riktvärde på antal medarbete bör sättas till 30 per chef.

### **Använd teknikutvecklingen**

Rätt använt kommer den digitala tekniken bli ett värdefullt stöd inom både omsorgen och sjukvården. Genom de framsteg som sker inom AI och medicinteknik möjliggörs mer och mer de öppna vårdformer som innebär att både tillfälligt och kroniskt sjuka samt äldre patienter kan övervakas och monitoreras på distans i hemmet. Det minskar behovet av vård på sjukhus och inte minst av personal på sjukhus. Även möjligheten till fjärrövervakning inom äldreomsorgen kommer att ge effektivare arbetssätt exempelvis på nätterna samtidigt som man slipper störa den äldre i onödan genom fysiskt besök. Vården och omsorgens förmåga att tillgodogöra sig de nya möjligheter som teknikutvecklingen ger är avgörande både för att klara kompetensförsörjningen och kostnadsutvecklingen när de äldre successivt utgör en allt större andel av befolkningen.

### **Höj statusen och få fler att utbilda sig**

Genom de ovan beskrivna förslagen höjs statusen för yrkena inom vård och omsorg. Det, tillsammans med utökade möjligheter för att utbilda sig till vårdbiträde och undersköterska kommer förhoppningsvis leda till att fler vill söka sig sektorn.

## **Sjukvården**

Vård och omsorg ska vara solidariskt finansierat och drivas i huvudsak i offentlig regi. Rätten till vård när man blir sjuk eller omsorg när man är gammal är rättigheter som ska omfatta alla. Det är områden som lämpar sig synnerligen dåligt för marknadsexperiment och vinstmaximering.

Den svenska sjukvårdens förmåga att bota och diagnostisera sjukdomar och förlänga liv har under 1900-talet ökat markant. Det är också en av orsakerna till den generella livslängsökningen såväl som det innebär en alltmer växande andel av befolkningen med hög ålder. Flera utmaningar står inför dörren, finansieringen är en, en annan är bristen på arbetskraft i välfärdsyrken men även mer specifikt i sjukvårdsyrken.

Framtidens sjukvård behöver se annorlunda ut för att möta de utmaningarna. Finansieringen av välfärden försvåras markant när storleken på arbetskraften i Sverige minskar i förhållande

till gruppen äldre, som ofta är de som har större behov av vård och omsorg. Färre i arbetskraften ska försörja en alltså större grupp som behöver välfärdens service.

Den medicinska utvecklingen pågår samtidigt som förändringar sker i vårdens organisering och struktur. Utvecklingen inom medicin innebär att många sjukdomar idag går att bota och behandla, att kroniska tillstånd gör att överleva och att livslängden blir att längre och svensken allt friskare. Framsteg som innebär mindre invasiva kirurgiska ingrepp, samt möjligheten till läkemedelsbehandling i hemmet har inneburit minskat behov av att vårda patienter inne på sjukhus.

Den skattefinansierade vården, inom ramen för den svenska välfärdsmodellen innebär att sjukvård erbjuds efter behov. Sjukvården drivs med det offentliga som huvudman och utförare. I andra länder är det inte ovanligt med andra typer av lösningar, till exempel premieinbetalningar i privat eller arbetsgivarregi, särskilda vårdförsäkringar och försäkringslösningar. Skillnaden mellan de nämnda modellerna och den svenska, solidariskt finansierade är att enskilda inte ska kunna köpa sig före i kön, och att behovet går först. En solidariskt finansierad sjukvård som fördelas efter behov är ett av de viktigaste bidragen till en jämlik hälsa men också i förlängningen till en ekonomisk jämlikhet såväl som till social samanhållning i landet.

#### Primärvården och kommunens roll

Utvecklingen av den nära vården behöver fortsätta för att möta de utmaningar som samhället och välfärden står inför. Primärvården blev i och med den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982) den vårdnivå som i första hand ska ansvara för vårdbehovet i befolkningen. Trots satsningar och tydliga ambitioner att förstärka primärvården finns stora utmaningar kvar. Till exempel bristande tillgänglighet och otillräckligt förtroende från vårdsökande, primärvårdens upplevda oklara roll som bas i hälso- och sjukvårdssystemet samt en ständig brist på allmänspecialister. Svagheter i primärvården, den delen av sjukvårdsorganisationen som först ska möta den vårdsökande innebär att fler än vad som är medicinskt motiverat söker sig till och omhändertags på sjukhusens specialistnivå. Detta innebär i sin tur att resurser inte används där de är bäst lämpade.

För att resurserna ska användas på bästa sätt behöver utvecklingen som pågått sedan lång tid fortsätta, vårdkonsumtionen på sjukhus behöver minskas och istället riktas om till primärvården eller kommunens vård och omsorg.

#### Närakuter

Framtidens sjukvård, som till delar redan praktiseras i dagens vård och omsorg, kommer att i högre grad behöva se annorlunda ut än den traditionella vården. I framtiden kan det innebära en mer utbredd tillämpning av vård och övervakning, monitorering av patienters vården som sker över distans, mobila och nära vårdformer, samt avancerade IT- och beslutsstöd, inklusive AI, för diagnostik och behandling.

#### Fri etableringsrätt och marknadsisering

2009 förändras hälso- och sjukvårdslagen (HSL) på sådant sätt att landsting och senare regioner blev skyldiga att tillhandahålla kundval inom primärvården enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Konsekvenserna av den nya lagstiftningen blev en kraftig ökning av



antalet vårdcentraler. Ökningen skedde framför allt i storstadsregionerna och en majoritet av de nya vårdcentralerna etablerades i städer och i områden med hög socioekonomisk status. Det är rimligt att ifrågasätta huruvida etableringsmönstret hade varit likadant om placeringar för etablering av nya vårdcentraler hade gjorts utifrån vart vårdbehovet är som störst.

De nya vårdcentralerna drivs nästan uteslutande av vinstdrivande aktiebolag där de största aktörerna utgörs av stora internationella vårdskoncerner som i sin tur ägs av riskkapitalbolag med självklara avkastningskrav. Istället för att vårdbehov och andra faktorer som gagnar det offentliga eller medborgarna, styr affärsmässiga intressen etableringar och strategier.

Det finns fler fördelar för vinstdrivande bolag att etablera sig i städer, bland annat innebär det fler potentiella listade personer i det absoluta närområdet, vilket innebär ekonomiska stordriftsfördelar. Det har gjorts försök från regionerna att påverka incitamenten till strategiska etableringar för vinstdrivande bolag genom förändringar i ersättningsmodellerna. Det har dock visat sig vara nästintill verkningslöst.

Konsekvenserna av den fria etableringen för vinstdrivande bolag har inneburit överetableringar och överkonsumtion av vård i städer. Samtidigt som det uppstår resursbrist och neddragningar i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. Sålles följs inte devisen vård efter behov.

Resultatet har medfört en fördyrning eftersom en av de viktiga funktionerna för primärvården är att förebygga kostnader på sjukhusnivå, alltså att människor får vård och stöd på rätt nivå och inte söker sig vidare i systemet. Bristen på tillgänglighet i områden med högre grad ohälsa och utsatthet innebär att många står utan möjligheten att söka sig till en primärvård i sin närhet för att få den hjälp och vård de har rätt till. Många av de satsningar som har gjorts på primärvården i syfte att stärka omhändertagandet och öka effektiviteten i systemet landar fel och utan önskad effekt då resursfördelningen innebär att extra tillskott inte hamnar där de gör mest nytta för helheten.

Påståenden om att privatiseringsreformerna, konkurrens och valfrihet skulle ha lett till högre kvalitet och bättre utveckling har inte infriats. Generellt har en konkurrensdriven kvalitetsutveckling inom välfärden inte kunnat påvisas inom något område och särskilt inte på systemnivå. Snarare har privatiseringsivern lett till en ökad fragmentisering av vården som försvårat kvalitetsutveckling, hindrat stordriftsfördelar, strategiska beslut och effektivisering av systemet som helhet.

En annan stor konsekvens av marknadsiseringen och den fria etableringen är nätläkarfenomenet. Andelen vårdsökande till nätläkare har växt nästa exponentiellt sedan 2016, med en nära fördubbling för varje år. Det finns positiva aspekter av intåget av nätläkarmottagningar. Den tekniska utvecklingar har tagit jättesprång och många har vant sig vid digitala vårdkontakter som kan användas brett inom vården. Men dagens system innebär att den offentliga primärvården utarmas för varje besök en listad patient gör hos en privat nätläkare. De digitala metoderna öppnar för möjligheter att komma till bukt med delar av de utmaningar som finns med tillgänglighet, men det kräver att systemet inte läcker offentliga medel och att trots digitala lösningar är det behovet som avgör.

För enskilda vårdcentraler står kostnaderna som nätläkarmottagningarna innebär i direkt relation till möjligheten att anställa egna läkare, sjuksköterskor och investeringar på den egna

vårdcentralen. Hade den totala vårdkonsumtionen varit oförändrad eller till och med minskat hade man kunnat tala om effektiviseringar och att nya digitala metoder leder till rationaliseringar. Men studier på området har visat att effekten är det motsatta.<sup>3</sup> Vårdkonsumtionen bland de som sökt vård genom nätläkarmottagningar är varken oförändrad eller minskande, den ökar.

De ökade digitala metoderna inom vården lyfts ofta som ett exempel på ökad tillgänglighet i glesbygden. Trots detta är storstadsbor tydlig överrepresenterade som patienter hos nätläkarmottagningarna. Konkurrensverkets egen slutsats (2022) beskriver hur de nya vårdtjänsterna inte har minskat arbetsbördan för vårdcentraler utan istället ökat efterfrågan för ärenden som bäst hade hanterats inom ramen för egenvård, rådgivning av 1177, eller kunnat avvaktas till morgondagen för kontakt med den egna vårdcentralen.

Såväl den fria etableringsrätten och marknadseringen med yttersta mål om vinst och vinstmaximering går stick i stäv med behovsprincipen. De är motpoler och kan inte existera i samma system. Det uppstår kontinuerligt målkonflikter som innebär att behovsprincipen i vården, att den med störst behov ska få hjälp först, inte kan följas.

#### Välfärdsbrottslighet

I spåren av både den växande organiserade brottsligheten och den ökande andelen privatiseringar i välfärdssektorn har risken för välfärdsbrottslighet ökat. Fri etableringsrätt i olika delar av välfärden har inneburit att kriminella tjänar pengar på den offentliga finansieringen och dessutom har möjligheten att använda verksamheterna för att tvätta svarta pengar till vita. Resurserna som krävs för att kontrollera privata aktörer i sjukvården såväl som välfärdens om helhet innebär redan stora kostnader som hade kunnat läggas på medborgarnära insatser om marknadseringen inte varit ett faktum. Den viktigaste åtgärden för att minska välfärdsbrottsligheten är en ökad reglering av privata utförare och samtidigt ge möjligheten för kommuner och regioner att säga nej till privata aktörers tjänster och etableringar.

#### Regionen

Som lyfts tidigare är det inte enkom kommuner eller regioners ansvar att upprätthålla välfärden utan staten måste ta sin del av ansvaret. De ökade behoven inom sjukvården behöver kostnadsmässigt fördelas över flera skattebaser. Mellan regionens platta inkomstskatt och statens mer differentierade skattebas. Förutsättningarna för en jämlik sjukvård i framtiden beror i hög grad på hur fördelningen av finansieringen hanteras.

Det ekonomiska läget i region Skåne, just nu, kan mycket väl komma att innebära en högre regional skattesats under lång tid. I synnerhet om staten inte tar ett större ansvar för sjukvårdens finansiering än idag.

### **Förslag**

#### **Avskaffa vinster och den fria etableringsrätten**

---

<sup>3</sup> [Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral \(lakartidningen.se\)](https://www.lakartidningen.se)



Privata aktörer och vinstuttag i sjukvårdssektorn ska begränsas och i förlängningen avskaffas. Privata aktörer har idag rätt att ta ut vinster från skattefinansierad vård, pengar som borde gå till patienterna och medarbetarna hamnar istället i aktieägarnas fickor.

Regionerna ska ges full kontroll över var nya vårdinrättningar får etableras. Då kan vården planeras utifrån samhällsbehovet istället för företagsintresse. Det ska inte stå enskilda företag fritt att själva bestämma vad de vill starta en vårdinrättning.

### **Gemensamt journalsystem**

Ett gemensamt journalsystem ska tas fram för regioner och kommuner samt för övriga som bedriver vård och omsorg. Ett gemensamt system underlättar för de patienter som behöver en kirurgisk insats som inte finns i hemlandstingen, utan kräver resa till annan region. Liksom för de patienter som inom närsjukvården får vård både av primärvården, sjukhusen och den kommunala hälso- och sjukvården. Gemensamt journalsystem skulle sannolikt ge en förbättrad patientsäkerhet med färre vårdskador, läkemedelsskador och vårdrelaterade infektioner. Det kommer bidra till minskade samhällskostnader på åtskilliga miljarder årligen.

### **Närakut**

För att avlasta befintliga strukturer som specialistakutmottagningen i Malmö ska närakuter införas. Närakuter ska vara geografiskt utspridda över staden och hantera åkommor som det inte kan väntas med, till exempel frakturer, hjärnskakningar och sårskador. Närakuter ska också ha möjlighet för både röntgen och provtagning. Stora olyckor, hjärt- och hjärnskador skulle fortsatt hanteras av specialistakutmottagningar. Med differentiering av akutvårdsärenden skulle specialistakutmottagningen kunna avlastas.

### **Fortsätta utvecklingen av mobila team**

Mobila team bemannade med läkare och sjuksköterskor sköter tillsyn av patienter som vårdas i hemmet och genom kommunikation med den kommunala hälso- och sjukvården rycker man in för att stabilisera tillståndet hos tillfälligt sviktande patienter som därmed inte behöver transporteras till sjukhus. Dessa insatser förebygger tusentals vårddygn varje år och bidrar till att slutenvårdsplatserna kan minskas utan att patienter far illa.

### **Reglera nätläkare/digital vård**

Nätläkartjänster används mest av unga och relativt friska personer i storstäderna. Det går inte ihop med att vården ska vara behovsstyrd och kostnadseffektiv, vilket beskrivits tidigare i rapporten. Digital vård ska enbart erbjudas som en del av den lokala och regionala vården som styrs av regionerna. En privat utförare ska inte längre tillåtas erbjuda och marknadsföra digital vård till alla i Sverige, utan enbart som en del av den vård som utföraren ska bedriva inom ramen för den lokala eller regionala upphandling som den är verksam inom.

### **Staten tar ansvar för investeringar**

Många regioner runt om i Sverige står inför den finansiella utmaningen att investera i ny sjukvårdsinfrastruktur – sjukhus. På 1950- och 1960-talet byggdes många offentliga byggnader med hjälp av statliga investeringsanslag. Det innebar att regionerna klarade sig utan djupa hål i ekonomin. Många av sjukhusen är idag så pass gamla och omoderna att de måste ersättas av nya. Ett sätt för staten att bidra till att stötta regionerna i de ekonomiska

utmaningarna är samma lösning som tidigare, statliga investeringsstöd till nya vårdbyggnader som ägs av det offentliga. För att det ska vara en möjlighet krävs det att sjukhus och vårdbyggnader i bredare bemärkelse betraktas som nationell infrastruktur och inte endast en fråga för regioner eller kommuner i särskilda fall.

### **Avskaffa privata sjukförsäkringar**

Att avskaffa privata sjukförsäkringar är ett steg mot en mer jämlik vård. Sjukvård ska inte vara en handelsvara där den som har råd kan betala sig förbi de med större behov. Privata sjukförsäkringar riskerar leda till en lägre vilja att bidra till den offentliga vården via skattsedeln när man får känslan av att jag genom en privat lösning får det jag vill ha. Ett sådant här förslag måste gå hand i hand med att den offentliga vården stärks för att kunna möta befolkningens behov.

## **Folkhälsa och jämlik hälsa**

Mellan stadsdelarna i Malmö skiljer det år i medellivslängd. I stadsdelar med högre socioekonomisk utsatthet avlider Malmöborna tidigare än de behöver. Med bättre förutsättningar, och genom att betrakta folkhälsoarbetet som investeringar och inte kostnader, kan alla Malmöbor få förutsättningar att leva längre.

Att barn och unga har tillgång till en meningsfull fritid är också att betrakta som en förutsättning för att skapa en god folkhälsa. 2024 tog Malmö stad fram en rapport som visar på de ojämlika förutsättningar som finns bland dagens unga Malmöbor för en aktiv fritid. Barn och unga med sämre socioekonomiska förutsättningar eller med utländsk bakgrund deltar till exempel mer sällan i idrottsföreningar och kulturskolans aktiviteter än andra. Därtill visar undersökningen att barn med utländsk bakgrund också spenderar sin fritid mer stillasittande. Trots en god geografisk spridning av kultur- och fritidsaktiviteter upplever man att tillgängligheten är lägre i de socioekonomiskt utsatta områdena.

Förebyggande arbete är avgörande för att främja en god och jämlik folkhälsa för alla invånare. Med insatser för att invånare ska ha kunskap och förutsättningar att leva ett liv med goda hälsovanor, rökavvänjning och vaccinationer kan många sjukdomar och hälsoproblem förebyggas. Det minskar i sin tur trycket på vården. Förebyggande arbete innebär också insatser som avser främja psykisk hälsa, till exempel program för att minska ensamhet och social isolering. Personer i socioekonomisk utsatthet tenderar till att vara mer utsatt för ohälsa än andra.

### **Förslag**

Erfarenhet har visat att tidiga förebyggande insatser för barn och unga ger långsiktiga effekter. Genom att prioritera förebyggande arbete kan man både minska sjukdomar och ohälsa samtidigt som man skapar en rättvisare fördelning av hälsovinster i samhället. Detta är en grundförutsättning för en jämlik folkhälsa.

Eftersom grunderna för en god hälsa sätts i barndomen är det av största vikt att barn och unga tidigt erbjuds insatser och aktiviteter för att skapa goda förutsättningar för resten av sina liv.

För avgränsningen mellan de olika rapporterna har vi inte gått närmre in på förslag då de flesta skulle härröra förskola och skola.

## **Avslutning**

Socialdemokraterna behöver ta ett helhetstag om hur välfärden ska finansieras och driva frågan om välfärdens fortsatta roll i vårt samhälle. Med den urlakning som sker kommer varken ambitioner eller krav att kunna mötas och utan kraftfulla åtgärder riskerar samhällskontraktet att brytas. För att återupprätta förtroendet måste människor mötas av en välfungerande vård och omsorg som finns där när behov uppstår.

I rapporten presenterar arbetsgruppen flera konkreta förslag för att säkerställa att alla ska mötas av en god välfärd, med särskilt fokus på vård och omsorg. Förslagen syftar till att avskaffa marknadsstyrningen, förbättra arbetsvillkoren och införa mer ändamålsanpassade arbetssätt. Men inga av dessa åtgärder kan genomföras om inte förslagen om en bättre finansiering av välfärden förverkligas. Först då kommer det att vara möjligt att genomföra de andra åtgärderna som behövs för att förbättra arbetsmiljön, öka attraktiviteten, knäcka frågan om kompetensförsörjningen och införa mer ändamålsenliga verksamheter. Allt i riktningen mot att skapa en jämlik, jämställd och rättvis vård och omsorg som fördelas efter behov och inte efter någon marknadslogik, där den med tjockast plånbok för fördelar på andras bekostnad eller där den som kostar minst får ett överflöd att välja på medan den med större behov får svårt att få det den behöver. Det handlar också om att ta vara på, utveckla och stärka medarbetarnas kompetens och använda den på ett klokt och effektivt sätt med en tillitsbaserad styrning. Välfärden ska vara en garant för trygghet, inte en arena för vinstmaximering och ojämlikhet.