

Partimotion

## Motion till riksdagen 2016/17:1064

av Jan Björklund m.fl. (L)

# Politik för åsrika människor

---

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en systematisk genomgång av anmälningar om åldersdiskriminering och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åldersgränser i hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att höja gränsen för rätten att stanna kvar i arbetslivet till 69 år och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad hälsa på äldre dar som ett mål för folkhälsopolitiken och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inflytande över måltider bör tillhöra en skälig levnadsnivå och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökade möjligheter till öppna insatser och förenklad biståndsprovning och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrat anhörigstöd och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om organisationen av äldresjukvården och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell läkemedelslista och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vård och omsorg vid livets slut och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

Liberal politik innebär att var och en av oss ska ha rätt att bestämma över våra liv, så länge det inte inkräktar på någon annans frihet. Den rätten gäller hela livet igenom. Vi måste få bli bemötta utifrån de individer vi är. Ingen vet bättre än den enskilda människan hur hen vill ha det. Att öka äldres självbestämmande och valmöjligheter är en central uppgift i Liberalernas äldrepolitik.

Vår partimotion Politik för årsrika (mot. 2015/16:1480) har i stora delar ännu inte behandlats av riksdagen. Vi står bakom samtliga förslag i den, och upprepar några av dem här.

## Åtgärder mot ålderism och åldersdiskriminering

Vi måste slå håll på ålderismen, det vill säga ålder som grund för fördomar och nedvärdering av äldre med diskriminering som följd. Årsrika människor är svagt representerade i politiken. I sjukvården finns kronologiska åldersgränser. På arbetsmarknaden möter årsrika många svårigheter.

Ord påverkar hur vi ser på världen omkring oss. De flesta synonymer till äldre är negativa. Vi använder i denna motion årsrik som synonym till gammal eller äldre för att beteckna att det rör sig om människor som är rika på antalet levda år, kunskap och livserfarenhet.

År 2013 fick vi inte minst genom Liberalernas försorg en bred lag mot åldersdiskriminering som utöver arbetsliv och utbildning också omfattar varor och tjänster samt hälso- och sjukvård och socialtjänst. Här finns emellertid en rad undantag. Vid 67 år förlorar man rätten att vara kvar i arbetslivet, och personer med funktionsnedsättning förlorar sin rätt till daglig verksamhet. Vid 65 år upphör bilstödet för den som funktionsnedsatt behöver bilen för att kunna arbeta. Villkoren i bank, försäkringar mm försämras också.

Av de omkring 300 anmälningar som årligen kommit in till Diskrimineringsombudsmannen (DO) om åldersdiskriminering är det bara en handfull som lett till några åtgärder. Vi anser att en systematisk genomgång behöver göras med syfte att åtgärda orsakerna bakom att människor upplevt sig diskriminerade på grund av sin kronologiska ålder.

Ett exempel på åldersdiskriminering är åldersgränser för vård och behandling som inte har sin grund i individuella behov. Två snarlika exempel är att Socialstyrelsen rekommenderar screening mot bröstcancer för kvinnor 40–74 år och screening mot tjock- och ändtarmscancer för alla i åldern 60–74 år. Den nedre åldersgränsen har i båda fallen en medicinsk motivering, men den övre åldersgränsen är satt utifrån att forskningsstudier av praktiska skäl görs mest på yngre personer, och därför kan man inte påvisa att screening gör nytta också för äldre. Det finns med andra ord inte heller några studier som visar att det inte gör nytta. Vad gäller mammografi har regeringen befast den övre åldersgränsen genom att införa ett statsbidrag för att undersökningen ska vara avgiftsfri för kvinnor 40–74 år.

En betydande andel av cancerfallen inträffar dock bland människor som är över 74 år. Det betyder att många som drabbas av sjukdom har hunnit passera den övre gränsen för screening och därmed riskerar sen upptäckt. Det finns ingen anledning att tro att inte också de som passerat den valda åldersgränsen skulle ha nytta av screening för de aktuella sjukdomarna.

## Längre arbetsliv för fler

Vår utgångspunkt är i grunden ganska enkel, åtminstone för liberaler: den som vill fortsätta förvärvsarbete ska naturligtvis få göra det, även om hen har levt länge. Men det finns också många andra mer pragmatiska skäl att förlänga arbetslivet för fler. Det finns

gediget stöd i forskningen för att det är bra för hälsan att få känna sig behövd – också i sin yrkesidentitet. Socialstyrelsen påtalade redan 1981 att rätten att vara kvar i arbetslivet borde höjas till 70 år eller högre därför att arbetet var så viktigt för deras livskvalitet. Det ger också dem som jobbar en bättre ekonomi.

Det är samtidigt viktigt för samhällsekonomin i stort. För att i framtiden få råd med den välfärd vi har och för att utveckla den krävs att fler är i arbete. Det innebär att vi behöver ta vara på de åsrika personer som vill och kan fortsätta i arbetslivet. Eftersom pensionsystemet bygger på den så kallade livsinkomstprincipen som innebär att den som förlänger sitt arbetsliv även har ett större belopp att fördela på de återstående levnadsåren. Vi anser därför att rätten att vara kvar i arbetslivet som ett första steg bör höjas till 69 års ålder.

För att uppmuntra fler att jobba längre föreslår vi i vår budgetmotion att åldersgränsen för det förhöjda jobbskatteavdraget för äldre sänks från 65 till 63 års ålder, samt att den särskilda löneskatten för äldre avskaffas.

## Vikten av att förebygga ohälsa bland åsrika människor

I början av 1900-talet var medellivslängden för kvinnor i Sverige 54 år; nu är den 84 år. För män är motsvarande siffror 51 och 80 år. Att vi lever längre och med många friska år är en av välfärdssamhällets viktigaste landvinningar.

Vår politik syftar till att de friska åren ska bli fler, och att öka självständigheten och egenmakten för dem som behöver stöd.

Både Världshälsoorganisationen (WHO) och EU har understrukit vikten av insatser för aktivt åldrande för att bevara den resurs åsrika människor utgör i samhället. Det är viktigt att människor känner sig behövda, att de har en aktiv roll under hela livsresan, också den allra sista sträckan.

Forskning visar att mycket står att vinna både för individerna själva och för samhällsekonomin genom skadeförebyggande åtgärder, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol, främjande av gott näringstillstånd och god tandhälsa, fysisk aktivitet och optimal läkemedelsbehandling.

Inom folkhälsoområdet krävs ett långsiktigt, kontinuerligt arbete, och för att markera det har elva mål satts upp för folkhälsoarbetet i Sverige med syfte att skapa samhälleliga förutsättningar för hela befolkningen. Vi anser att det behövs ett mål också för att lyfta fram åsrika människors hälsa. Därför behöver de folkhälsopolitiska målområdena utökas med ett tolfte mål: Ökad hälsa på äldre dar.

## Ett bra boende

De flesta människor räknar med att vilja bo kvar i sin gamla bostad hela livet. Men en del upplever med åren att de vill flytta till något mer anpassat för funktionsnedsättningar och där man kan ha sällskap av andra och äta tillsammans. Utredningen Bostäder att bo kvar i (SOU 2015:85) skrev att nu kommer en generation som är van vid ett bekvämt och självständigt liv. Därför behövs en förbättring av tillgängligheten i befintliga bostäder samtidigt som det behöver byggas 360 000 fler bostäder för seniorerna fram till 2030.

Ett dåligt anpassat boende kan leda till isolering och risk för allvarliga skador eller depressioner, medan ett tryggt boende förbättrar hälsan och bidrar till ett gott liv i

gemenskap med andra. Detta kan i sin tur skjuta upp tidpunkten för inträdet i det, för samhället, mycket kostsamma vård- och omsorgsboendet.

Att bygga bostäder som årsrika efterfrågar är ett effektivt sätt att få igång önskvärda flyttkedjor. På de platser där man har fått igång byggandet är det oftast barnfamiljer som flyttar in i de villor som kommer ut på marknaden. Det är alltså bra för alla att det blir lätt att göra rationella val när det gäller boendet, oavsett vilken ålder man har uppnått.

De lämpliga bostäderna måste dock vara möjliga att efterfråga för de som behöver dem. Tillgängliga bostäder finns framförallt i nyproduktion, men hyran för nyproducerade tvåor är i genomsnitt nästan 8 000 kr i månaden – medan taket för bostadstillägget idag är 5 000 kr.

I vår budgetmotion avsätter vi därför medel för det första för att ersättningsgraden i bostadstillägget för ålderspensionärer höjs från 95 till 96 procent. För det andra föreslår vi att taket för hur höga boendekostnader som kan ersättas stegvis höjs med 500 kronor per år fram till 2020. Detta skulle innebära ett nytt tak på 7 000 kronor. Fullt utbyggt kostar denna reform 1,5 mdr kr.

Bostadstillägget har samtidigt en avgörande betydelse för att lyfta ekonomiskt svaga pensionärer över fattigdomsgränsen. Det är riktat specifikt till pensionärer med låga inkomster, som har små marginaler när hyran är betald. Eftersom kvinnor i genomsnitt har lägre pensioner än män är det också betydligt fler kvinnor än män som uppbär bostadstillägg. Liberalerna vill stärka ekonomin för denna grupp.

## Reformera äldreomsorgen

Ett område där äldre i hög grad behandlats som ett kollektiv är äldreomsorgen. Samma lösningar erbjuds till alla, ofta med en förment klapp på huvudet. Äldre som behöver stöd i sin vardag förutsätts varken kunna eller vilja välja själva. Men det är ju precis tvärtom. Respekten för den enskilda människan är särskilt viktig när hon är i en utsatt situation. Alliansregeringen genomförde en rad reformer för att öka äldres valfrihet och delaktighet som LOV, lagen om valfrihetssystem, som innebär att årsrika människor kan välja vilket hemtjänstföretag som ska kliva över tröskeln, och i en del kommuner också äldreboende. Genom Liberalernas initiativ infördes parboendegaranti. Men fortfarande återstår mycket att göra.

Valfriheten omfattar dock ännu inte alla kommuner, och vi bör vara självkritiska till hur reformen genomförts på sina håll. Valfriheten i det stora – vem som ska utföra omsorgen – har ökat, men fyrkantig biståndsbedömning i kombination med knappa resurser och personal som inte har mandat eller kompetens att vara flexibla gör att självbestämmandet i det lilla fortfarande är alltför begränsat. Det är inte acceptabelt. Det måste vara möjligt att kombinera rättssäkerhet och kostnadskontroll med respekt för människors integritet.

Självbestämmande och integritet var honnörsord redan när dåvarande socialminister Gabriel Romanus (FP) lade fram förslaget till dagens socialtjänstlag 1979. Alliansregeringen förtydligade detta 2011 i en ny bestämmelse i socialtjänstlagen om att den enskilde själv, så långt möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan service ska ges. Men i vardagen och praktiken behöver man ständigt återkomma till detta.

Den nationella styrningen av äldreomsorgen behöver bli tydligare. Det är inte rimligt att den som bor på ena sidan en kommungräns ska få tillgång till mycket bättre hemtjänst än den som råkar bo på den andra.

Ett exempel på där skillnaderna är orimligt stora är äldres inflytande över vad de ska äta. God och näringsrik mat samt trivsamma måltider är en viktig kvalitetsfråga i äldreomsorgen. Ett väl fungerande förebyggande arbete mot undernäring minskar också risken för fallskador och andra hälsoproblem, samtidigt som behovet av omvårdnad minskar.

Liberalerna föreslår att det ska tillhöra så kallad skälig levnadsnivå att få äta det man själv tycker om. Socialtjänstlagen bör förtydligas, och en laga-mat-garanti för hemtjänsten införs. Den som har fått hjälp med måltider beviljad ska ha rätt att välja mellan att få mat lagad i det egna hemmet och att få mat levererad hem. För den mat som levereras ska det finnas flera olika leverantörer och rätter att välja mellan. Också i särskilt boende ska de äldres inflytande över måltiderna och måltidernas kvalitet öka. Vi avsätter i vår budget en miljard kronor årligen för att kvaliteten och valfriheten vad gäller måltiderna i äldreomsorgen ska öka.

Allt fler årsrika använder sig av RUT-tjänster istället för hemtjänst, om det är till exempel städning och mat de behöver hjälp med, inte omvårdnad. På så sätt får de full bestämmanderätt över vad de vill ha hjälp med, samtidigt som hemtjänsten avlastas och kan koncentrera sig på dem med stora behov. I många kommuner är också timkostnaden efter RUT-avdrag lägre än avgiften för hemtjänst. För att ge fler årsrika möjlighet att efterfråga RUT-tjänster lägger vi i vår budgetmotion 200 miljoner kronor årligen på att höja skattereduktionen för RUT från 50 procent till 75 procent för personer över 80 år.

Det behöver samtidigt bli enklare att få hemtjänst. Socialtjänstlagen bör förtydligas så att kommunerna i högre grad kan använda sig av förenklad biståndsprövning och öppna insatser. Det innebär att de äldres makt över innehållet i hemtjänsten blir betydligt större, samtidigt som biståndsbedömarnas tid kan frigöras till uppföljning av äldreomsorgens kvalitet. Det har samtidigt inte lett till ökade kostnader.

Från många håll i landet hörs vittnesmål om en mycket långtgående detaljstyrning av äldreomsorgens innehåll och om omsorgspersonal och biståndsbedömare som inte vågar ändra innehållet i de planerade insatserna det minsta utan att först förankra det högre upp. Det är inte i linje med lagstiftarens intentioner. Socialtjänstlagen inte bara tillåter utan påbjuder att omsorgen ska utgå från den enskildes önskemål.

Arbetsledare, chefer och ansvariga politiker måste därför vara tydliga med att medarbetarna både får och ska vara tillmötesgående. Omsorgspersonal som är utbildade för sitt arbete, är trygga i sin roll och känner att de har mandat från sin arbetsledning har lättare att själva vara flexibla. Det finns tydlig evidens för att välutbildad personal och gott ledarskap har stor betydelse för kvaliteten generellt i äldreomsorgen.

Det är därför beklagligt att regeringen, i direkt strid med riksdagens beslut, avbröt det så kallade Omvårdnadslyftet under 2015, ersatte det med en ettårig utbildningssatsning som nu ersätts av ytterligare en annan med en förändrad inriktning. Erfarenheten visar att många kommuner inte hinner tillgodogöra sig ettåriga satsningar. Liberalerna fortsätter i vår budget att avsätta medel för en satsning för ett utbildningslyft för första linjens chefer i äldreomsorgen.

En av de viktigaste kvalitetsfaktorerna i äldreomsorgen är personalens kompetens. Det gäller särskilt omvårdnadsuppgifter i hemtjänsten, där man ofta arbetar ensam med sköra äldre i deras hem, långt från ledning och chefsstöd med hemmet som arbetsplats. Då är det nödvändigt med krav på utbildning och tillräckliga språkkunskaper för att kunna dokumentera. När det inte handlar om ensamarbete kan det tvärtom vara värdefullt med en blandning av kompetenser, där kvalificerad personal utför

kvalificerade uppgifter, medan den som har liten erfarenhet eller utbildning kan avlasta de enklare uppgifterna. Det är också en viktig väg in på arbetsmarknaden.

## Bättre stöd till anhörigvårdarna

Det kan vara så många som 1,3 miljoner personer i Sverige som ger vård och omsorg till anhöriga. Detta ska vara frivilligt och ett stöd till det offentliga insatser.

Riksrevisionen skriver i sin rapport 2014 att i praktiken är det tvärtom; den offentliga vården och omsorgen är ett komplement till anhörigas insatser.

Många anhöriga tvingas ta ett större ansvar för en närståendes vård och omsorg än de vill och orkar på grund av brister i det offentliga utbudet och de får inte det stöd som de behöver för att kunna hantera sin situation.

Riksrevisionen kom 2014 med en rad rekommendationer som i punktform är att information och bemötande behöver förbättras, kommunernas anhörigstöd behöver utvecklas, statens styrmedel måste användas bättre, det behövs mer kunskap om anhörigomsorgen, det bör vara lättare att förena anhörigstöd med arbete och landstingens uppdrag kring anhörigstöd bör bli tydligare. Riksrevisionens rekommendationer bör förverkligas snarast.

## Hälso- och sjukvård för åsrika

Även om åsrika personer är friskare idag än förr kommer en dag då ohälsan slår till. För att tillgodose behoven av hälso- och sjukvård behöver primärvården utvecklas och satsa mer på att förebygga ohälsa hos äldre personer, behandla deras hälsoproblem och ansvara för rehabilitering efter stroke, olycksfall m.m. Det kräver kompetens i geriatrik och gerontologi såväl hos de läkare som de äldre patienterna möter som hos övrig personal.

Det är särskilt viktigt när det gäller de äldre personer som betecknas som multisjuka. Omkring fem procent av dem som är 75 år och äldre uppskattas vara multisjuka, d.v.s. under ett år ha vårdats på sjukhus vid tre eller fler tidpunkter och då fått tre eller fler sjukdomsdiagnoser registrerade. Den behandling de får baseras, enligt Socialstyrelsen, alltför ofta på symtom, inte på diagnos. De behandlas med en rad olika metoder vid olika tillfällen där läkemedelsbehandling är den dominerande. De har kontakt med många olika yrkesgrupper där ingen ser till helheten.

I Närvård västra Skaraborg och i Tiohundra Norrtälje har kommunerna, primärvården och sjukhusen en gemensam organisation och finansiering av äldresjukvården. Det har visat sig vara bättre för vårdtagare och personal, samtidigt som det kostar mindre. Det är också den organisation som föreslås i utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2), och det bör vara en av utgångspunkterna för framtida sjukvårdsreformer.

## Läkemedelsbehandling av åsrika människor

Trots stora insatser under alliansregeringens tid för att förbättra läkemedelsbehandlingen av åsrika människor har vi fortfarande problem i form av läkemedelsskador men också underbehandling till följd av felaktigt val av läkemedel, felaktiga kombinationer av läkemedel och felaktiga doseringar.

Utöver fortsättning av den nationella läkemedelsstrategin (Nationell läkemedelsstrategi Handlingsplan 2014) behövs en ökning av grund- och vidareutbildningen av läkarna i ämnena geriatrik och klinisk farmakologi, men utbildningen av andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i geriatrik och läkemedelsbehandling behöver också stärkas.

För att förskrivare och farmaceuter ska ha tillgång till aktuella och korrekta uppgifter om en patients läkemedelsbehandling är det angeläget att arbetet med nationell läkemedelslista förs i hamn utan dröjsmål.

## Vård och omsorg vid livets slut

Forskning har visat att äldre människor vill tala om hur de vill ha sin sista levnadsperiod. Ändå undviker behandlande läkare att tala med sina åldrande patienter och deras anhöriga om deras önskemål om den sista levnadstiden. Sådana samtal skulle kunna underlätta möjligheterna till en så fridfull död som möjligt. Det är något som sjukhusens akutmottagningar knappast kan tillhandahålla. Högkvalitativ vård och omsorg i livets slutskede ska därför i möjligaste mån erbjudas i hemmet, eller i vård- och omsorgsboendet. Alla döende, oavsett ålder och bostadsort, ska vara garanterade tillgång till kvalificerad palliativ vård.

### Vården och omsorgen

Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen har formulerat riktlinjer för läkares handlande i livets slutskede. De betonar att om en patient är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ ska läkaren respektera patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds och att redan inledd behandling avslutas. Detta gäller även i situationer då patienten inte befinner sig i livets slutskede och där behandling medicinskt sett skulle kunna gagna patienten. Läkaren ska alltid erbjuda adekvat palliativ behandling. För icke beslutskapabla patienter ska tidigare uttryckt önskan om att avstå, påbörja eller avbryta livsuppehållande behandling respekteras. Finns ingen sådan önskan bör läkaren om möjligt samråda med närstående.

Verkligheten visar att riktlinjerna inte tillämpas i tillräcklig utsträckning i vården, i den kommunala omsorgen och på akutmottagningarna. Det gäller särskilt äldre personer som närmar sig livets slut och för vilka högteknologiska medicinska insatser inte är de lämpligaste. Inte minst läkare och annan personal som arbetar i akutsjukvården behöver bättre kunskap om äldre människors behov i livets slutskede. God omvårdnad och palliativ vård skulle i stället ge en bättre livskvalitet under livets sista dagar. I dessa fall skulle tillgång till vård direktiv vara till vägledning.

År 2008 lämnade Statens medicinsk-etiska råd över en skrivelse till regeringen om livsslutsfrågor. Rådet konstaterade att nuvarande lagstiftning ger utrymme för att avstå från att inleda livsuppehållande behandling och att avbryta sådan samt att ge s.k. palliativ sedering, dvs. att man får sova under sin sista tid. Smer framförde att patienter borde ha ett utökat inflytande över utformningen av den palliativa vården och större möjligheter att själv bestämma om och när palliativ sedering ska tillämpas.

Skrivelsen har hittills inte föranlett någon åtgärd från regeringens sida. Även om Svenska Läkaresällskapet 2010 gick ut med *Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede* och Socialstyrelsen 2013 med *Nya rekommendationer om vård i livets*

*slutskede* innebar framsteg anser vi att det behövs en ny statlig, helst parlamentarisk, utredning om vård och omsorg i livets slutskede innebärande ett värdigt livsslut där patientens självbestämmande beaktas.

*Jan Björklund (L)*

*Christer Nylander (L)*

*Tina Acketoft (L)*

*Emma Carlsson Löfdahl (L)*

*Roger Haddad (L)*

*Nina Lundström (L)*

*Birgitta Ohlsson (L)*

*Mathias Sundin (L)*

*Maria Weimer (L)*

*Allan Widman (L)*

*Said Abdu (L)*

*Maria Arnholm (L)*

*Bengt Eliasson (L)*

*Robert Hannah (L)*

*Fredrik Malm (L)*

*Mats Persson (L)*

*Lars Tysklind (L)*

*Barbro Westerholm (L)*

*Christina Örnebjär (L)*