

Motion till riksdagen 2021/22:3980

av **Barbro Westerholm m.fl. (L)**

Politik för årsrika

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning med uppdrag att förstärka diskrimineringslagen och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utredningsförslag för att individer ska kunna arbeta högre upp i åldrarna och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta ett institut för forskning rörande årsrika och årsrikas möjlighet till arbete och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tilläggsdirektiv till utredningen om framtidens betalmarknad och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om konsekvenser av åldersgränser inom hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det inte ska råda några generella åldersgränser inom sjukvården för behandling och vård av vuxna och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åldersgränser vid nationella hälsoscreeningar och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om begränsning av blodgivning på grund av ålder och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utredning av åldersgränsen för bilstöd och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi för att motverka ofrivillig ensamhet bland årsrika och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om lärdomar av hur årsrika behandlades under pandemin och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om spridning av kunskaper om suicidprevention hos årsrika samt kartläggning av suicid hos årsrika och tillkännager detta för regeringen.

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om spridning av kunskap om palliativ vård samt en nationell översyn av densamma och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om framtidsfullmakter och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om missbruksproblematik hos årsrika och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om äldrepsykiatri som specialitet och om årsrika människors psykiska problem och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en strategi för utbildning i geriatrik och gerontologi för läkare och anställda i vård och omsorg och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av en nationell strategi för stöd för årsrika som vill sluta missbruka, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell satsning på utbildning om missbruk och årsrika för personal inom äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att organiseringen av hemtjänsten bör ses över för att stärka kontinuiteten och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att all personal inom äldreomsorgen måste behärska svenska språket i tal och skrift och tillkännager detta för regeringen.
22. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tydliga regler för att bygga äldrevänliga och äldresäkra bostäder och tillkännager detta för regeringen.
23. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utredning av mötesplatser för årsrika och tillkännager detta för regeringen.
24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kommunerna ska kunna anställa geriatriker och tillkännager detta för regeringen.
25. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om stöd till vård och omsorg vid livets slut och tillkännager detta för regeringen.
26. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsbehandling av årsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om det hälsomässiga värdet av boende i trygghetsboende och tillkännager detta för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om reformering av äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fallprevention och tillkännager detta för regeringen.
30. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vägledning rörande användning av hund och katt i äldrevården och tillkännager detta för regeringen.
31. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre stöd till anhöriga och tillkännager detta för regeringen.
32. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder mot våld och övergrepp mot årsrika personer och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Liberal politik syftar till 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, också för den mest åsrika generationen som inte minst under den pågående pandemin fått uppleva att den behandlas som ett kollektiv och inte som de individer de är. De har mött ålderism och åldersdiskriminering, som av beslutsfattare betraktats som välmenande men som många gånger lett till isolering och ensamhet med de allvarliga konsekvenser sådan har såväl psykiskt som fysiskt för den enskilde men för nära och kära.

Åsrika människor har alltför länge betraktats som ett kollektiv och inte som de individer de är, som blir mer och mer olika varandra under livets gång och som vet bäst hur de vill ha det. Åsrika ses också som en tärande del av samhället trots att de långt upp i åren utgör en tillgång. För att understryka det använder vi ordet åsrik som synonym till gammal och äldre. Det betecknar att det handlar om människor som är rika på antal levda år, kunskap och livserfarenhet. Att öka åsrika människors självbestämmande och valmöjligheter är en central uppgift i Liberalernas politik.

Diskriminering på grund av ålder

Diskriminering på grund av ålder är enligt WHO den svåraste diskrimineringsgrunden att åtgärda. Enligt World Values Survey hör Sverige till de länder där detta är mest uttalat. Equinet – European Network of Equality Bodies – håller även samlad information om hur EU:s medlemsstater arbetar med de olika diskrimineringsgrunderna inklusive ålder. Av den informationen kan man utläsa att Malta är ett exempel på ett EU-medlemsland med kraftfull lagstiftning och effektiva åtgärder.

År 2013 vidgades diskrimineringslagen (2008:567) när det gäller ålder till att omfatta inte bara arbetsliv och utbildning utan också hälso- och sjukvård, socialtjänst, boende m.m. Åldersdiskriminering slår särskilt hårt mot dem som utsätts för andra former av diskriminering, t.ex. på grund av kön, sexuell läggning, funktionshinder och/eller etnicitet. De 200–300 anmälningar som DO årligen får om åldersdiskriminering leder dock ytterst sällan till några åtgärder. Det beror på lagens utformning och DO:s uppdrag i regleringsbrevet. Vi anser därför att en utredning bör tillsättas med uppdrag att se hur lagen kan förstärkas. I den bör ingå en analys av hur andra länder med bred diskrimineringslagstiftning arbetar.

Internetstiftelsen beräknar att runt en miljon människor i Sverige idag lever i det som kallas digitalt utanförskap. Det handlar i betydande utsträckning om åsrika människor som aldrig lärt sig eller inte vill använda digitala lösningar. Har de dessutom funktionsvariationer som gör att de inte klarar att hantera kort eller andra digitala lösningar eller av olika skäl inte får tillgång till kort eller digitala betalningsmedel blir situationen ohanterlig. Under pandemin har det också visat sig att en del haft svårt att boka tid för vaccination därför att de inte haft Bank-id.

Det är viktigt att den utredning som regeringen tillsatte 2020 om framtidens betalmarknad tar fram förslag som möjliggör för åsrika människor att sköta sin ekonomi utan att vara beroende av nätet. Utredningen borde dock få tilläggsdirektiv och ta upp hur tillgängligheten till andra uppgifter kan åstadkommas för dem som inte har tillgång till digitala tjänster.

Diskriminering på grund av ålder i arbetslivet

Ålderismen och åldersdiskrimineringen i arbetslivet har uppmärksammats sedan mitten av 1900-talet men ingenting har egentligen hänt. Förr socialministern Gustav Möller drog 1964 slutsatsen i sin utredning om årsrika i arbetslivet att ”De som vill och kan måste kunna fortsätta i arbetslivet efter 70.” Sedan har samma förslag återkommit från Socialstyrelsen 1981, Fredrik Reinfeldt 2012 och senast från utredningen Senior arbetskraft 2020. Den visar att åldersdiskrimineringen i arbetslivet börjar redan vid 40 års ålder. Utredningen slår fast att det är en nödvändighet både för den enskilde och för samhällsekonomin att seniorer som kan och vill arbeta längre får göra det. Synen på senior arbetskraft är otidsenlig och det finns en rad hinder för ett längre arbetsliv. Vi anser att regeringen måste gå vidare med utredningens olika förslag.

Här beskrivs t.ex. hur Norge arbetar med frågan inte minst genom sitt av staten finansierade Senter for seniorpolitikk som styrs av parterna på arbetsmarknaden. Det har tagit fram viktig kunskap om hur längre arbetsliv kan stimuleras inte minst genom forskningssatsningar där äldreforskning och arbetslivsforskning spelar en viktig roll. Vi borde skapa ett motsvarande institut i Sverige.

Åldersgränser i hälso- och sjukvården

Ett uttryck för åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården är till exempel åldersgränser för screeningverksamhet och behandling av olika typer av cancer, t.ex. screening för bröst-, livmoderhals- eller tjocktarmscancer eller behandling med stamceller. Här bygger hälso- och sjukvården sina behandlingsprinciper på de åldersgrupper som har studerats och inte på i vilka åldersgrupper cancer förekommer. Cancer är idag i huvudsak en sjukdom som drabbar oss med stigande ålder. Vi anser därför att åldersgränser inte bara för mammografi utan också för livmoderhalscancer, coloncancer m.m. bör tas bort utan alla slentrianmässiga åldersgränser.

Vissa regioner har även infört åldersgränser för vissa behandlingar, till exempel stamcellsbehandling. Åldersgränser ska inte gälla för behandlingar som berör vuxna individer. Det ska vara patientens tillstånd och vilja till behandling samt den medicinska bedömningen av varje individ som avgör när en behandling sätts in eller när screening ska göras. Screening som bekostas av sjukvårdshuvudmannen kan dock vara inom en tidsintervall, t.ex. vartannat år. I övrigt är det mellan patienten och dennes behandlare som beslut ska tas. Att undanta hela grupper på grund av ålder eller bristande forskning är diskriminering.

Ett annat exempel på åldersgräns i hälso- och sjukvården gäller blodgivning. Många blodcentraler nekar personer som har passerat sin 60-årsdag att vara blodgivare. Idag kan en frisk 60-plusperson vara i bättre fysisk form och vid bättre hälsa än många i betydligt yngre ålder. Det bör vara individuella bedömningar som styr, inte ålder.

Mot bakgrund av ovanstående exempel anser vi att generella kronologiska åldersgränser inom hälso- och sjukvården bör tas bort. Efter 18-årsdagen bör alla inom hälso- och sjukvården i Sverige behandlas lika om inte annan vetenskapligt grundad medicinsk grund utgör undantag.

I sammanhanget vill vi nämna att socialförsäkringar och andra stöd på arbetsmarknaden i huvudsak bör vara tillgängliga för alla som fortfarande förvärvsarbetar. Därför bör åldersgränserna för socialförsäkringarna och dessa stöd ses över och successivt höjas och anpassas så att den som arbetar efter 65 har större tillgång till t.ex. bilstöd.

Genom en regeländring vid millennieskiftet är det i dag möjligt för personer som har haft assistansersättning före 65 års ålder att behålla den efter 65. Det är bra. Men trots att deras behov av insatser kan förändras, till exempel om funktionsnedsättningen förvärras över tid, har de i dag inte rätt till ökad assistans. Inte heller har personer som efter 65 år får en funktionsnedsättning rätt till personlig assistans.

Hälso- och sjukvården kan idag åtgärda funktionsnedsättningar eller funktionsvariationer, både medfödda och/eller förvärvade, som aldrig tidigare i medicinens historia. Många människor med assistans kan leva goda liv och vara aktiva i yrkeslivet ända upp till ”normalitetens” pensionsålder. Dock får många vissa begränsningar med varierande symtom tidigare än andra, t.ex. i form av muskelsvaghet eller balansproblem. Trots detta arbetar många hela det förväntade arbetslivet ut. Vi upprepar yrkandet från förra året om att det bör utredas vad det skulle innebära mänskligt och samhällsekonomiskt med en borttagning av olika årsgränser inom hälso- och sjukvården.

Ofrivillig ensamhet bland äldre är ett hot mot hälsan

Ensamhet är ett stort problem för många äldre idag oavsett om man bor inom ett kommunalt boende eller i eget boende. Ensamhet är en viktig faktor som har en stark negativ koppling till ohälsa. Äldre och ensamhet är mycket omskrivet, väl undersökt och ett stort problem som kräver konkreta åtgärder nu. I befolkningsundersökningen ”Äldres liv och hälsa i Mellansverige 2017” svarade ca 13 000 personer över 70 år på frågor om bland annat ensamhet. Ensamhet är mer vanligt hos kvinnor än hos män, 2 av 10 kvinnor besväras av ensamhet jämfört med 1 av 10 bland män. Det finns belegg för att personer som upplever ensamhet har försämrad sömn och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar och demens. Ensamhet kan resultera i psykisk ohälsa, framförallt i form av depression som kan ge en kraftigt ökad självmordsbenägenhet. Det behövs en nationell strategi som inbegriper många olika samhällssektorer som vård och omsorg, stadsplanering, transporter, kultur, civilsamhälle och näringsliv. Här är det också viktigt att ta vara på de erfarenheter som vanns under pandemin.

Vi välkomnade därför att det under 2019 infördes ett statligt bidrag för civilsamhällesorganisationer som skapar aktiviteter av olika slag i syfte att bekämpa ensamhet och att satsningen fortsatte 2020.

Den isolering som människor över 70 år ombads att försätta sig i och det besöksförbud som infördes för äldreboendena när pandemin slog till i mars 2020 var enligt coronakommissionen inledningsvis befogad men inte i dess fortsättning. Risken för smitta var inte proportionerlig i jämförelse med de konsekvenser för livskvalitet och ohälsa som isoleringen från nära och kära förde med sig, i synnerhet för människor som hade en mycket begränsad livstid framför sig. En del hann avlida innan restriktionerna släpptes ett halvår senare. Vi anser att erfarenheterna från den här tiden ska dokumenteras och analyseras för att lägga grund för en strategi för hur åsrika människor kan skyddas mot smittspridning och samtidigt inte förmenas kontakt med sina allra närmaste.

Stärk äldrepsykiatri

Kunskaperna om åsrika människors psykiska hälsa och behov av kunskapsbaserad vård måste stärkas. Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas och ingå som en del i läkar-

utbildningen, både i grundutbildningen och i specialistutbildningen av allmänläkare. Sedan 2015 är det möjligt för geriatriker att tilläggspecialisera sig i äldrepsykiatri. Dock har de inte befogenheter enligt chefsöverläkardelegation. Det innebär att specialister i äldrepsykiatri inte kan fungera på de tjänster inom psykiatrin där tvångsvård utövas trots att de har utbildning för detta. Den psykiatriska vården för äldre är idag eftersatt. Många äldre med psykiatriska diagnoser som bor hemma får endast hjälp av hemtjänstpersonal och inte av psykiatrins öppenvårdsteam. Personer som levt sina liv med en psykisk sjukdom hamnar alltför ofta mellan stolarna den dag de fyller 65 år. Vid 65 års ålder träder den kommunala äldreomsorgen in. Här saknar majoriteten av hemtjänstpersonalen kunskaper. Resultatet för vårdtagaren blir ofta apati och sysslolöshet, ensamhet, senare hemlöshet och misär, framförallt i storstäderna.

Årsrika människor med psykisk sjukdom har en dålig prognos och ökad risk att insjukna i somatiska sjukdomar. Det här är ett område som vi har uppmärksammat länge men mycket lite har hänt, och därför upprepar vi våra yrkanden också i år.

Nästan en tredjedel av icke demenssjuka 95-åringar har visat sig uppfylla kriterier för psykisk sjukdom där depression är vanligast följt av ångest och psykos. Samtidigt är de flesta psykiska sjukdomar hos årsrika människor behandlingsbara även om en del av de läkemedel som används inte är tillräckligt utprovade på den generationen enligt dagens mått mätt. Europeiska läkemedelskontrollmyndigheten (EMA) och svenska Läkemedelsverket måste därför ta initiativ till att denna brist åtgärdas. Behandling av dessa patienter kräver kunskap om såväl sjukdomarna som behandlingsprinciper hos läkarna. Det är nödvändigt att äldrepsykiatrin i Sverige utvecklas och ingår som en del av läkarutbildningen, i specialistutbildningen samt i fortbildningen av allmänläkare.

Öka kunskapen om årsrika i sjukvården

Även om årsrika människor är friskare i dag än förr kommer en dag för de flesta då ohälsan slår till. Genom att så många hälsoproblem i dag är behandlingsbara och vi därför lever längre kommer andelen årsrika patienter i primärvården att öka, inte minst i fråga om de med kroniska sjukdomar. Det är då viktigt att primärvården utvecklas för att förebygga ohälsa och behandla hälsoproblem som att ansvara för rehabilitering efter stroke, olycksfall med mera. Samtidigt utvecklas nya effektiva behandlingsmetoder och inte minst läkemedel för äldre. Därför krävs kompetens i geriatrik och gerontologi hos såväl läkare som andra yrkesgrupper inom sjukvården men också inom omsorgerna. En nationell handlingsplan för sådana utbildningar behöver därför tas fram.

Särskilt om tandvård

Svensk tandvård har internationellt fått mycket beröm men historiskt behandlats för sig, inte som en del av sjukvården. Idag har de flesta 80-åringar sina tänder kvar. 1983 var 56 procent tandlösa, idag är andelen tre procent. Samtidigt kräver de kvarvarande tänderna omfattande insatser. Dålig tandhälsa eller felsittande tandproteser ökar risken för undernäring, vilken i sig sedan indirekt kan förvärra åkommor som trycksår, infektioner, muskelförtvining och fallskador. Detta måste åtgärdas genom ökad kunskap hos äldrevårdspersonal om vikten av god mun- och tandhygien och hur den kan bibehållas genom gott handlag och tid.

I den tandvårdsutredning (SOU 2021:8) som regeringen nu har på sitt bord konstateras att årsrika personer hör till dem som har höga tandvårdskostnader och att det

leder till ojämlik tandvård. Vi måste få ett mer jämlikt, förutsägbart och resurseffektivt tandvårdssystem. Vi håller med om att etiska principer bör föras in i den kommande tandvårdslagen innebärande att den som har de största behoven av tandvård ska ges företräde till tandvård och att den avgiftsfria tandvård som idag ges till unga vuxna bör slopas. Särskilt anser vi att det är viktigt att finansieringsmodeller som tas fram för tandvården inte avhåller årsrika människor från att söka hjälp för sina tandvårdsbehov.

Yrkanden om tandvårdens framtida utformning behandlas formellt i vår sjukvårdsmotion.

Stöd för att minska antalet självmord bland äldre

Den förebyggande suicidpreventionen för äldre behöver stärkas. I detta arbete behöver kommunerna inte enbart regionernas hjälp utan staten bör gå in med tydliga riktlinjer samt riktade bidrag över längre tid. Folkhälsomyndigheten skrev 2019 att "[ä]ldre män är en dold grupp som har stor risk för att begå självmord." Den högsta frekvensen för självmord som vi har i landet är bland män över 80 år. Ensamhet, missbruk och förlust av partner är ofta inkörsporten till att äldre män tar livet av sig. Depression är den viktigaste faktorn bakom självmord hos äldre och föreligger hos minst 65 procent av alla äldre som begår självmord. Även lindrigare depressiva tillstånd kan medföra risk för både självmordsförsök och självmord hos äldre. Depression leder till överdödlighet. Mörkertalet för självmord bland äldre beräknas vara än högre än de officiella siffrorna. Inom området äldre och självmord finns idag inga samlade data. Både kunskaper om äldre och självmord och nationella behandlingsstrategier behöver tas fram. Regeringen bör uppdras att i den nationella strategin för att förebygga självmord särskilt beakta självmord bland årsrika.

Inom området äldre och självmord finns inte heller några samlade data. Ett sådant dataunderlag behöver skapas och bättre kunskap om årsrika människor och självmord behöver tas fram, liksom nationella behandlingsstrategier.

Självalt livsslut

Liberalerna vill förutsättningslöst utreda frågan om dödshjälp, självalt livsslut. Dödshjälp innebär en insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död. I dag råder i Sverige ett absolut förbud mot dödshjälp. Den som berövar en annan människas livet kan dömas för mord eller dråp, även om det sker på den dödades begäran.

Det finns andra åtgärder i livets slutskede som inte utgör dödshjälp och som är tillåtna. Vi beskriver dessa i det följande.

När en livsuppehållande behandling bedöms göra mer skada än nytta för patienten kan den ansvarige läkaren besluta om att inte inleda eller inte fortsätta en sådan behandling. Ett sådant beslut är inte i första hand grundat i ett önskemål från patienten utan i en medicinsk bedömning, även om läkaren där så är möjligt naturligtvis ska samråda med patienten och/eller anhöriga. Avsikten är inte heller att patienten ska dö utan att denne inte ska komma till skada.

Ibland händer det att en patient önskar avstå från livsuppehållande behandling som inte ur strikt medicinsk synpunkt ter sig meningslös. Enligt Socialstyrelsen ska en sådan önskan respekteras om det handlar om en beslutskompetent patient.

Symtomlindrande behandling i livets slutskede kan i vissa fall ha en potentiellt livsförkortande effekt men utgör inte dödshjälp. Det handlar visserligen om en insats som ges, men utgångspunkten för ett sådant behandlingsbeslut är inte patientens önskan utan ett medicinskt behov och beslutet kan, om nödvändigt, fattas utan att patienten är beslutskompetent. Syftet är vidare att lindra symtomen, inte att patienten ska avlida. Så länge doseringen av läkemedel sker utifrån målet att lindra symtomen och inte utifrån ett mål om att patienten ska avlida handlar det enligt definitionen inte om dödshjälp.

Slutligen bör nämnas så kallad palliativ sedering, där medvetandegraden sänks med lugnande och ångestdämpande medel i syfte att patienten inte längre ska uppfatta några svåra symtom. Om patientens medvetandegrad hålls sänkt till dess döden inträffar talar man om kontinuerlig palliativ sedering, medan man i fall där patienten med vissa mellanrum väcks igen talar om intermitterande palliativ sedering. Kontinuerlig palliativ sedering tillämpas när döden ändå är förväntad inom någon eller några få dagar. Den palliativa sederingen som sådan bedöms inte påverka tiden för döden. Så länge åtgärden bedöms som adekvat utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet utgör den inte dödshjälp.

Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening tog 2007 med uppdatering 2018 fram etiska principer för läkares och sjuksköterskors handlande när en patient är i livets slutskede. Samma etiska principer återfinns i Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård, uppdaterade 2019. Det innebär att en patient kan få tillfällig eller kontinuerlig sedering tills döden inträffar, om symtomen är outhärdliga och inte kan lindras på annat sätt. Det är däremot i dag inte tillåtet att ge läkarassisterad dödshjälp grundat på patientens önskan att dö. Den frågan aktualiserades genom att en svensk läkare sommaren 2020 gav en svensk ALS-patient möjlighet att avsluta sitt liv med hjälp av förskrivning av läkemedel. Läkaren blev föremål för utredning om deslegitimering av IVO och en förundersökning om medhjälp till dråp inleddes.

Den svenska debatten om dödshjälp har pågått sedan början av 1960-talet. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) gav 1992 ut en debattskrift om dödshjälp. Några år senare, 1996, skickade Smer en skrivelse till regeringen där man föreslog en utredning om människovärde, livskvalitet och självbestämmande i livets slutskede, där även frågan om dödshjälp kunde behöva belysas. Frågan om utredning och införande av dödshjälp i Sverige aktualiserades även av Smer 2008. Varje gång har det lett till samhällsdebatt som visat att det i denna fråga råder delade meningar, mycket beroende på olika värderingar och infallsvinklar. Smers senaste rapport i ämnet, Dödshjälp (2017:2), är en kunskapssammanställning för att bidra till en mer faktabaserad debatt, i synnerhet som allt fler länder nu infört dödshjälp och redovisat sina erfarenheter. Här redogörs för värdeargument för dödshjälp, till exempel att människor har en rätt att besluta över sin egen död och att det ger svårt sjuka patienter möjlighet att avsluta livet på ett värdigt sätt, men också värdeargument emot dödshjälp, såsom att det strider mot läkaretiken och principen om livets okränkbarhet. Kunskapssammanställningen redovisar också faktaargumenten för dödshjälp, såsom att rätten till dödshjälp kan motverka låg livskvalitet och värdighetsförlust i livets slutskede, liksom faktaargument emot, såsom att det är svårt att säkerställa att begäran att dö är frivillig och bestående.

I Belgien och Nederländerna är outhärdligt lidande villkoret för att en läkare kan ge patienten ett dödligt medel. I Oregon och andra amerikanska stater kan i stället människor med terminal sjukdom efter noggrant övervägande få utskrivet ett läkemedel att sedan ta självmord.

Mot bakgrund av att allt fler länder inför möjlighet framför allt till läkarassisterad dödshjälp anser Liberalerna att frågan bör studeras av en utredning som bör studera gjorda erfarenheter samt argumenten för och emot dödshjälp samt förutsättningslöst analysera frågan om någon modell för dödshjälp bör bli tillåten i Sverige.

Vårt formella yrkande rörande denna fråga återfinns i vår sjukvårdsmotion.

Stödet för äldre med missbruksproblematik bör stärkas

Med ensamhet följer ofta ökad alkoholkonsumtion och missbruk. Dagens pensionärer har vuxit upp under en tid då många olika droger gjorde intåg i samhället. Blandmissbruk är vanligt men även att blanda alkohol och legalt förskrivna läkemedel ses. I detta sammanhang har hemtjänsten en viktig roll för att stödja och bistå med alternativ men också äldreomsorgen i stort för att stimulera och möjliggöra träffpunkter och daglig verksamhet för att bryta isolering och ensamhet. Regeringen behöver tillse att en nationell strategi för att kunna upptäcka missbruk hos årsrika och att ha kunskap om vilka åtgärder som kan vidtas för att den enskilde ska kunna ta sig ur problemen tas fram.

Att få vara fysiskt aktiv hela livet

Fysisk aktivitet i minst 150 minuter per vecka är starkt kopplat till god hälsa men omkring hälften av alla människor över 70 år uppnår inte denna globala rekommendation, som är viktig inte minst för att förebygga såväl ensamhet och isolering som fallskador. Fall och fallskador ökar inte minst bland årsrika. Närmare 70 000 individer skadas så svårt att de behöver läggas in på sjukhus. Omkring 1 700 dör årligen, varav 90 % är årsrika. Kostnaderna ligger på mellan 12 och 24 miljarder per år utöver det mänskliga lidande som det inte går att mäta i pengar.

SKR har tillsammans med pensionärsorganisationerna tagit fram skriften Nationell kraftsamling för fall som borde tillvaratas bättre. Arbetet har skett i samverkan med Socialstyrelsen och Livsmedelsverket. För att de rekommendationer som finns i skriften ska komma till användning måste kommuner och regioner upprätta mål för det skadeförebyggande arbetet och handlingsplaner för att uppnå målen. Det är viktigt att såväl personal inom vården och omsorgen som årsrika människor själva får kunskap om vikten av fysisk träning, bra näringstillstånd och att man inte lider av vätskebrist för att förebygga fall och skador. Till det kommer möjligheten för primärvården att skriva ut fysisk aktivitet på recept men också att identifiera riskpatienter där människor med osteoporos utgör en viktig grupp liksom de som använder fler än fem läkemedel samtidigt. Till sist bör en utvärdering göras dels av genomförda insatser, dels av skadestatistiken. Det bör också tas fram underlag för hur man kan arbeta med fysisk aktivitet och fallprevention som den vi just gått igenom med isolering av årsrika personer.

Detta är inte enbart en fråga för kommuner och regioner. Staten har här en viktig roll att spela genom att kunna gå in med tydliga regler för att bygga mer äldrevänliga och äldresäkra bostäder, samhällen och infrastruktur.

Med ökad fysisk träning minskar risken för fallskador. Fallskador förekommer i störst uträkning i det egna hemmet och leder inte alltför sällan till invaliditet eller för tidig död. Under de senaste 30–40 åren har vi satsat på att förebygga fallskador hos äldre. Detta är dock inte enbart en angelägenhet för kommuner och regioner utan staten bör gå in med tydliga regler för att bygga mer ”äldrevänliga” bostäder och städer.

Kommunerna behöver stöd för att kunna ordna så att alla äldre har möjlighet till ett fysiskt aktivt liv. Fysioterapeuter bör ingå i äldreomsorgen, en medicinskt ansvarig rehabkoordinator, MAR, på samma villkor som de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna, MAS. Likaså behöver äldreomsorgspersonal få kunskaper om vikten av att vara fysiskt aktiv hela livet. Här saknas tydliga nationella riktlinjer. Vi uppmärksammar detta i vår folkhälsomotion.

Sedan coronapandemin utbröt i mars 2020 har gruppaktiviteter och träning fått stå tillbaka för personer som är 70 år och äldre. Det är förståeligt i tider av en pandemi men det behövs tydliga incitament för kommunerna att främja fysisk aktivitet för äldre oavsett om vi har en pandemi eller inte. Det är inte rimligt att många äldre inte får tillgång till att vara fysiskt aktiva, träna, dansa eller liknande på så lång tid som ofta en pandemi tar för att gå över.

Särskilt om fallprevention

Fallolyckor är vanliga, inte minst bland åsrika personer. Folkhälsomyndigheten anser att de utgör ett folkhälsoproblem. De kan orsaka både skador, förlorad självständighet och livskvalitet och i värsta fall dödsfall. Under 2019 behövde drygt 69 000 personer läggas in på sjukhus efter att ha skadat sig i en fallolycka och omkring tusen personer avled på grund av sina skador. Kostnaderna uppgick 2014 till 10 miljarder. Fler kvinnor än män drabbas.

Socialstyrelsen har sedan 2015 på uppdrag av regeringen tagit fram ett samlat stöd kring fallprevention riktad till professionen och verksamhetsledning. Myndigheten har även fått i uppdrag att årligen genomföra en informationskampanj riktad till åsrika människor. Vissa framsteg har gjorts men insatserna har varit alltför få. För att motivera bl.a. verksamhetsledningar att prioritera fallprevention behöver fördelarna med att arbeta fallpreventivt tydliggöras. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att genomföra hälsoekonomiska beräkningar för att identifiera kostnadseffektiva åtgärder som också är inriktade på att minska lidandet för den enskilde. Uppdraget ska redovisas den 22 maj 2022.

Det här är naturligtvis bra men det räcker inte. SKR har i samarbete med SPF Seniorerna, Pensionärernas riksorganisation (PRO) och Svenska kommunalpengionärernas förbund (SKPF) samlat ett antal förslag till en nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre. De tar upp vikten av att öka medvetenheten bland äldre om vad de själva kan göra för att minska risken att falla. Främst handlar det om att äta näringsriktigt, träna balans och styrka och ha kunskap om sina mediciner. Hänvisning görs till material på Socialstyrelsens hemsida samt till Livsmedelsverkets kostråd för åsrika människor.

Men det handlar inte bara om risken för fall. Det handlar också om att identifiera patienter som lider av osteoporos och som kan vara hjälpta av läkemedelsbehandling för att minska risken för frakturer i samband med fall.

Vi anser att vården och omsorgerna rutinmässigt bör arbeta med att identifiera personer med förhöjd risk att falla samt att diagnostisera om osteoporos föreligger och erbjuda effektiva åtgärder för att förebygga fall och konsekvenserna av fall för den enskilde och för samhället. Detta bör ges regeringen tillkänna.

Goda arbetsvillkor ger bättre äldreomsorg

Kontinuitet för både vårdtagare och medarbetare inom äldreomsorgen ska eftersträvas. Kontinuitet skapar trygghet för vårdtagarna samt bidrar till en god arbetsmiljö för personalen. Ett sätt att skapa kontinuitet för både vårdtagare och personal är att upprätta hemtjänstteam. Team som har erforderlig kunskap för sitt uppdrag är en förutsättning för att bedriva en god äldreomsorg av hög kvalitet. Äldreomsorgen behöver se över de organisatoriska villkoren för både vårdtagarna och arbetstillfredsställelsen. Att arbeta i team kring en vårdtagare är ett sätt att skapa kontinuitet.

Äldreomsorgens personal måste kunna svenska; det är inte enbart för att kunna kommunicera med majoriteten av alla vårdtagare utan också ur säkerhetssynpunkt för att kunna förstå riktlinjer och behandlings-, vård- och omsorgsprinciper, författningar och lagar med mera. Vårdtagare såväl som arbetsgivare ska kunna ställa krav på att personalen har tillräckliga kunskaper i svenska språket i både tal och skrift. Detta är en säkerhetsaspekt så att föreskrifter, dokumentation, vård och omsorgsprogram samt läkemedelsföreskrifter med mera kan följas. Socialstyrelsens föreskrifter måste tydliggöra att personal inom äldreomsorgen (både på vård- och omsorgsboenden och i hemtjänsten) har tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Det ska finnas goda möjligheter till fortbildning.

Kommunerna ska kunna anställa läkare

Mer än en fjärdedel av svensk sjukvård bedrivs i kommunal verksamhet utan att medicinskt utbildade specialister får anställas. Geriatriker och allmänläkare borde kunna anställas av äldreboenden eller av kommunen. Den senaste pandemin visar tydligt att det brister i den medicinska beredskapen, tillsynen och kompetensen i den kommunala vården och omsorgen. Kommuner som vill bör kunna anställa funktionen chefsläkare.

Vi anser även att de kommuner som vill ska kunna anställa läkare knutna till äldreboendena för att kunna tillgodose de vård- och omsorgsbehov som föreligger. Detta yrkar vi formellt på i vår sjukvårdsmotion.

Generellt behöver Sverige äldreomsorgspersonal som har kunskaper och kompetens för sitt arbete samt goda arbetsvillkor. Frågan om reglering av yrket som undersköterska är under beredning i Regeringskansliet (Stärkt kompetens i vård och omsorg [SOU 2019:15] samt Reglering av undersköterska – kompetenskrav och övergångsbestämmelser [Ds 2020:15]). Regleringen syftar till att på nationell nivå införa en gemensam standard för vad en undersköterska ska kunna för att säkerställa god kompetensförsörjning i vården och omsorgen. Vi välkomnar att detta leder till en skyddad yrkestitel för undersköterskor. Undersköterskor som vill bör även kunna få möjligheter att specialisera sig, t.ex. inom demensvård eller palliativ vård.

Tvärvetenskaplig forskning för bättre omsorg om årsrika

Forskning inom äldreomsorgen är idag starkt eftersatt. Forskningen sker framförallt på universitet och högskolor och i traditionella ämnesområden och inte i den vardag som vårdtagarna eller personalen befinner sig i. För att forskningen verkligen ska komma till nytta i praktiken behövs praktisk forskning där olika perspektiv möts, medicin, omvårdnad, omsorg, teknik, kultur med mera. Forskning måste komma både vårdtagare och personal till nytta.

Likaså når inte forskningsresultat idag ut i äldreomsorgen, vilket gör att nya metoder och behandlingar samt moderna AI-lösningar inte når vårdtagarna. Exempel på sådan forskning är forskning i palliativ vård (vård i livets slutskede). Forskning inom palliativ vård görs i huvudsak på hospice eller inom ASIH trots att de flesta av oss dör i hemmet eller på äldreboenden. Många äldre som dör inom hemtjänsten/hemsjukvården får inte den vård eller smärt- och ångestlindring som behandlingsprinciper och föreskrifter påbjuder. I spåren av coronapandemin har många äldre på våra vård- och omsorgsboenden avlidit utan att deras anhöriga har varit närvarande. Att ha sin familj hos sig i dödsögonblicket är viktigt för många och kan vara än mer viktigt för de familjemedlemmar som lever vidare.

Även annan forskning kan underlätta åldrandet och livet som årsrik. Life science-sektorn är strategiskt viktig för Sverige och för medicinska genombrott. Det gäller inte minst forskning kring årsrika människors hälsoproblem och hur de kan förebyggas, botas och lindras. Här lägger tyvärr vår nuvarande lagstiftning hinder i vägen för att pröva nya behandlingsmetoder på patienter som inte själva kan ge godkännande till prövningen. Här krävs en ändring i lagstiftningen med etiska regler för hur sådana prövningar ska kunna genomföras utan att patienten – den äldre – löper risk för övergrepp vad beträffar integritet. Vi för fram ett yrkande om detta i motionen om läkemedel.

Stärk införandet av AI inom äldreomsorgen

Idag finns många nya AI-lösningar som kan bidra till ett mer självständigt liv. Dock är det många kommuner med ansträngd ekonomi som inte prioriterar att införa moderna AI-lösningar i äldreomsorgen trots att man på sikt sparar pengar. Tillika har många medarbetare inom äldreomsorgen bristfälliga kunskaper i AI och it. Välfärdsteknik är ett område som skulle kunna skapa stora mervärden både för vårdtagare och för personalen samt för samhället. Här ser vi att kommunerna behöver ett tydligt riktat stöd samt krav på att delta i utvecklingen. Inte minst behövs forskning kring vilka tekniska lösningar som underlättar både uppsikt och stöd med bibehållen integritet. Därför föreslår vi även att ett nytt tvärvetenskapligt kunskapscentrum för äldreomsorg inrättas.

Vård och omsorg vid livets slut

Forskning har visat att årsrika människor vill tala om hur de vill ha det under sin sista levnadsperiod. Ändå undviker behandlande läkare alltför ofta att tala med sina åldrande patienter, ofta med multisjuklighet, och deras anhöriga om deras önskemål under den sista levnadstiden. Sådana samtal skulle kunna underlätta möjligheterna till en så fridfull död som möjligt.

Den sjuka människan måste stärkas även under sina sista dagar. Det krävs därför en nationell översyn av den palliativa vården och omsorgen i vårt land. Livet nära döden måste få ta plats, men barn och vuxna som behöver palliativ vård får den inte i dag. Målet för palliativ vård är att varje människa ska ha rätt att vårdas där hon vill dö och få säga sin mening om hon vill ha den behandling hon erbjuds. Hennes nära ska stöttas och ingen ska dö ensam. Den målsättningen kunde man inte nå upp till genom de åtgärder som vidtogs för att hindra smittspridningen. Coronakommissionen (2020) konstaterade att den palliativa vården, som enligt uppgifterna i Palliativregistret redan före pandemin

var ojämlig och bristfällig, på sina håll, också visade påtagliga brister när pandemin bröt ut. En del berodde på kunskapsbrist om palliativ vård, annat på den isolering av patienterna som infördes i den palliativa vården för att förebygga smittspridning. Socialstyrelsen har nu tagit fram kunskapsunderlag, undervisningsmaterial och annan information för att åtgärda bristerna. Det är bra men materialet måste spridas effektivt och det behövs en nationell översyn av den palliativa vården och omsorgen i vårt land.

Varje människa ska ha rätt att vårdas där hon vill dö och få säga sin mening om hon vill ha den behandling hon erbjuds. Hennes nära ska stöttas och ingen ska dö ensam. Stödet till både patienter, anhöriga och vårdpersonal måste stärkas, såväl i sjukvård som i kommunal omsorg.

I Liberalernas sjukvårdsmotion utvecklar vi vidare vad som behöver göras beträffande vården i livets slutskede.

Redan 2002 kom ett förslag om införande av livstestamente, som är ett annat ord för framtidsfullmakt. Av det förslaget blev intet. Därför utvecklade bland annat pensionärsorganisationerna formulär som kallades ”Framtidskontrakt”, ”Vårdtestamente” och ”Mina önskemål när jag inte själv kan föra min talan”. Där kan man beskriva hur man vill ha det när man inte längre kan besluta själv och vem som ska företräda ens vilja. De är inte juridiskt bindande men för den enskilde kan det kännas som en trygghet att ha detta nedtecknat.

År 2015 kom en utredning med förslag om att införa en lag om framtidskontrakt inom hälso- och sjukvården samt tandvården men detta återfinns inte i den lagstiftning om framtidsfullmakt som kom 2017. Den gäller bara ekonomiska och personliga frågor och undantar hälso- och sjukvård samt tandvård. Skälet var att de områdena var för komplexa att ta med; de måste beredas vidare och på den vägen är det. Det medför bland annat att man i Sverige inte kan genomföra prövningar av nya behandlingsmetoder för patienter som saknar förmåga att fatta beslut. Här kan man bygga på den danska lagstiftningen med en från forskningsprojektet oberoende läkare som tillvaratar patientens intressen. Vi anser att regeringen utan dröjsmål måste komma med förslag om hur framtidsfullmakt också kan införas inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

Ett bra boende

Även om de flesta människor räknar med att vilja bo kvar i sin gamla bostad hela livet ökar intresset för att flytta till något mer anpassat för funktionsnedsättningar och där man kan ha sällskap av andra och äta tillsammans. Utredningarna Bo bra hela livet (SOU 2008:113) och Bostäder att bo kvar i (SOU 2015:85) skrev om att nu kommer en generation som är van vid ett bekvämt och självständigt liv. Därför behövs tillgång till olika bostadstyper och en förbättring av tillgängligheten i befintliga bostäder.

Boendet har stor betydelse för människors livskvalitet och hälsa. De flesta människor vill bo kvar i sitt gamla boende livet ut men sedan sekelskiftet har intresset för att flytta till något mer anpassat för funktionsnedsättningar på äldre dagar ökat. Samtidigt har sådana boenden inte ökat i takt med efterfrågan. Därför behövs tillgång till olika bostadstyper och en förbättring av tillgängligheten till befintliga bostäder för årsrika. Tyvärr vittnar människor om brist på sådana bostäder, inte minst sådana med rimliga boendekostnader.

Medan Boverket har aktuella siffror när det gäller tillgången till särskilda boenden där det fortfarande föreligger en brist på sina håll men där utvecklingen går åt rätt håll

så är uppgifter om andra former av äldreboenden som trygghetsboenden och seniorboenden ofullständiga och inaktuella. Därför bör en utredning tillsättas med uppgift att ta fram kunskap om läget i kommunerna i fråga om tillgång till boenden för åsrika människor, om planer för framtiden och om vilka hinder som ligger i vägen för byggandet. Det bör också tas fram kunskap om hur boenden för åsrika påverkar livskvalitet och hälsa. En nu 15 år gammal studie från Kungsholmen i Stockholm visade på att boende i vad som motsvarade trygghetsboende minskade behovet av vård- och omsorgsboende med 60 procent. Regeringen bör tillse att en sådan studie genomförs på nationell nivå.

I många men inte alla kommuner har det skapats mötesplatser för åsrika människor där de kan träffas och delta i olika aktiviteter under trivsamma former. Också här är bilden ofullständig i fråga om var sådana finns och vilka hinder som föreligger för att skapa sådana. Också detta bör utredas vidare.

Reformera äldreomsorgen

Ett område där åsrika människor i hög grad har behandlats som ett kollektiv är inom äldreomsorgen. Samma lösningar erbjuds till alla, ofta med en förment klapp på huvudet. Det är därför så viktigt att åsrika människor som behöver hjälp i sin vardag kan välja rut i stället för hemtjänst, om det är städning och mat de behöver hjälp med och inte omvårdnad. I många kommuner är också timkostnaden efter rutavdrag lägre än avgiften för hemtjänst. Det är också viktigt att de genom LOV, lagen om valfrihets-system, kan välja vilket hemtjänstföretag som ska kliva över tröskeln, och i en del kommuner också äldreboende.

När livsrummet krymper blir det extra viktigt med mat och måltider. Åsrika människor måste ha kunskap om och inflytande över vad de ska äta. God och näringsriktig mat samt trivsamma måltider utan tidspress är en viktig kvalitetsfråga i äldreomsorgen och kan förebygga undernäring och dess medföljande risker. Idag finns bra kunskap hos bland annat Livsmedelsverket, 1177 Vårdguiden och andra informationskällor. Likaså finns det bra kunskapsunderlag om vad personal som arbetar inom vård och omsorg behöver veta om kost för åsrika. Denna kunskap behöver få bred spridning. Här behöver regioner och kommuner ta ett större ansvar.

Alltmer data börjar tyda på att det kan finnas ett stort värde i att använda hundar, katter och andra djur i äldreomsorgen. I en mindre studie genomförd under covid-19-pandemin kunde det visas vad det betydde för människor isolerade i äldreboenden att kunna krama en katt när de inte kunde krama en make/maka. Men det behövs större studier som underlag för myndigheternas ställningstaganden om djur i vård och omsorg.

Liberalerna ser positivt på användande av djur i äldreomsorg i de fall det är nyttigt för den enskilde. Samtidigt måste associerade problem, såsom allergi eller djurrädsla, självklart beaktas.

I Socialstyrelsens vägledning från 2014 finns kloka råd och avvägningar av nytta och risker med att använda hund i äldreomsorgen, men liknande vägledningar för andra djur finns inte. Liberalerna ser att en mer omfattande vägledning, som tar in kunskap om andra djur som exempelvis katter, hästar eller kaniner, hade kunnat göra stor nytta i äldreomsorgen. Det har nu gått sju år sedan Socialstyrelsens vägledning publicerades och sedan dess har mer kunskap framkommit.

Vi anser därför att det behövs en ny vägledning om hur djur kan användas i äldreomsorgen i de fall det passar den enskilde. För att ta fram sådana underlag kan ytterligare forskningsunderlag krävas.

Valfriheten måste utökas så att den är tillgänglig

Liberalerna anser att det ska tillhöra en så kallad skälig levnadsnivå att man får äta det man själv tycker om. Socialtjänstlagen bör därför förtydligas och en laga mat-garanti för hemtjänsten införs.

Socialtjänstlagen är en ramlag för att möjliggöra lokala lösningar för att hantera ett problem. Nu kommer vittnesmål om en långtgående detaljstyrning av äldreomsorgens innehåll och om omsorgspersonal och biståndsbedömare som inte vågar ändra innehållet i de planerade insatserna utan att förankra ändringarna högre upp. Det är inte enligt lagstiftarnas 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 medarbetare både får och ska vara tillmötesgående. Det är bra inte bara för vårdtagaren utan också för vårdgivarna som därmed känner trygghet och engagemang i sitt arbete. Omsorgspersonal som är utbildad för sitt arbete, är trygg i sin roll och känner att den har mandat från sin arbetsledning har lättare att själv vara flexibel. Välutbildad personal och gott ledarskap har stor betydelse för kvaliteten generellt i äldreomsorgen.

Personalens kompetens är avgörande för kvaliteten i äldreomsorgen. Det gäller särskilt omvårdnadsuppgifter i hemtjänsten, där man ofta arbetar ensam med sköra äldre i deras hem men ibland tillsammans med hemsjukvården. Här är det nödvändigt med krav på utbildning och tillräckliga språkkunskaper för att kunna dokumentera. Men hemtjänsten kan också vara en väg in på arbetsmarknaden genom att erbjuda enklare arbetsuppgifter under kompetent arbetsledning.

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård började gälla den 1 januari 2018. Det innebär att hälso- och sjukvården måste samverka och bör utgå från en gemensam värdegrund. Medan hälso- och sjukvårdslagen innehåller en sådan saknas den i socialtjänstlagen, något vi uppmärksammat i ett annat sammanhang.

Bättre stöd till anhöriga

Uppemot 1,3 miljoner personer uppskattas ge vård och omsorg till anhöriga. Att ge omsorg är vanligast i åldersgruppen 45–64 år. Oftast är det en förälder som stötts. Anhöriga i åldern 65–80 år är de som ger mest omsorg i tid räknat till en make/maka. Kommunernas stöd varierar.

Anhöriginsatserna ska vara frivilliga och ett komplement till samhällets insatser, men i dagsläget tvingas många anhöriga att ta ett större ansvar för en närståendes vård och omsorg än de vill och orkar på grund av brister i det offentliga utbudet. De får inte det stöd och den avlastning som de behöver för att kunna hantera sin situation.

En anhöriggrupp som ofta glöms bort är anhöriga som har mist den som de har vårdat och som befinner sig i sorgearbete. Hälso- och sjukvården och kommunen bör här följa upp vilket stöd den anhörige behöver.

Vi har tidigare fört fram behovet av anhörigstöd. I en del kommuner fungerar det bra men i många andra är det otillräckligt. Eftersom så litet hänt, vilket kommit ännu mer i

dagen under pandemin, upprepar vi behovet av ökat stöd igen. Frågan har dessutom blivit allt viktigare nu när hemsjukvården ökar så snabbt på grund av utvecklingen av medicinsk teknik.

Över en miljon personer uppskattas ge vård och omsorg till anhöriga. De flesta är mellan 45 och 64 år och de stöttar oftast en förälder. Om man ser till den tid som ges i form av anhörigstöd är de flesta i åldern 65 till 70 år och ger omsorg till en make/maka.

Anhöriginnsatserna ska vara frivilliga och ett komplement till samhällets insatser men så är det inte i dagsläget. Många anhöriga tvingas ta ett större ansvar för en närståendes vård och omsorg än de vill och orkar inte minst på grund av att hemsjukvården nu vinner terräng. Här måste samhället gå in och ge den kunskap och det stöd som krävs för att klara av hemsjukvården. Anhöriga måste få det stöd, den hjälp, den kunskap och inte minst den avlastning som krävs för att de ska kunna hantera sin situation.

En anhöriggrupp som ofta glöms bort är anhöriga som mist den som de har vårdat och som befinner sig i sorgearbeten. Hälso- och sjukvården och kommunerna måste här följa upp vilket stöd den anhörige behöver och tillgodose det.

Motverka våld och övergrepp samt vanvård

Vi har länge i tidigare motioner bland annat framfört vilka insatser som behövs för att förebygga våld mot, övergrepp på samt vanvård av årsrika personer samt hur de utsatta ska kunna få hjälp. Sedan 2014 har vi en handlingsplan men den handlar endast om våld och övergrepp inom vård och omsorg av äldre; den bör också innefatta polisens och rättsväsendets roll liksom andra yrkesgrupper som möter årsrika människor i sin vardag. Vi anser att den modell som införts på Gotland, som inbegriper hela samhället, bör införas i hela landet. Dessutom bör de som arbetar inom hälso- och sjukvård samt äldreomsorg ha anmälningsskyldighet vid misstanke om våld och övergrepp mot årsrika. Det duger inte att hela tiden hänvisa till pågående arbete i Regeringskansliet. Det krävs konkreta åtgärder här och nu. Vi upprepar därför våra yrkanden i den här motionen.

Barbro Westerholm (L)

Lina Nordquist (L)

Maria Nilsson (L)

Christer Nylander (L)

Allan Widman (L)

Johan Pehrson (L)

Gulan Avci (L)

Mats Persson (L)