

Motion till riksdagen 2019/20:3371

av **Johan Pehrson m.fl. (L)**

Politik för årsrika

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om analys av orsakerna bakom de anmälningar Diskrimineringsombudsmannen får in om åldersdiskriminering och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ålderism kombinerad med andra diskrimineringsgrunder och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åldersgränser vid hälsoundersökningar och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åldersgränser vid blodgivning och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utredning av lämpligheten med åldersgränser för assistans och bilstöd och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om genomgång av åldersgränser i svensk lagstiftning och om de är motiverade eller inte och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om digitaliseringen och dess konsekvenser för dem som står utanför tekniken, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om möjligheter att kunna och orka arbeta längre och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell strategi mot ensamhet och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om spridning av kunskap om hälsofrämjande insatser genom Folkhälsomyndigheten, länsstyrelser, regioner och kommuner och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om brandskydd i äldreboendena och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om införande av MAR i äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hälso- och sjukvård för åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om äldrepsykiatri och kunskaperna om behandling av åsrika människors psykiska problem och tillkännager detta för regeringen.
15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vård och omsorg vid livets slut och tillkännager detta för regeringen.
16. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tandvård och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsbehandling av åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
18. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om det hälsomässiga värdet av boende i trygghetsboende och tillkännager detta för regeringen.
19. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om reformering av äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre stöd till anhöriga och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en breddad handlingsplan mot våld och övergrepp mot åsrika personer 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, också för den mest åsrika generationen. Denna har alltför länge betraktats som ett kollektiv, inte som de individer de är. De har under livet blivit alltmer olika varandra med olika önskemål och drömmar. De vet bäst hur de vill ha det. Åsrika människor ses också alltför ofta som en tärande del av samhället trots att de långt upp i åren utgör en tillgång. Att öka åsrika människors självbestämmande och valmöjligheter är en central uppgift i Liberalernas äldrepolitik.

I januari 2019 gjordes en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet som inrymmer ett budgetsamarbete samt ett samarbete om de politiska frågor som framgår av 73 punkter i överenskommelsen. De tas därför inte upp här med yrkanden.

Ålderismen

Ålderismen med sin konsekventa åldersdiskriminering är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) den svåraste diskrimineringsgrunden att åtgärda. Enligt World Values Survey hör Sverige till de länder där den är mest uttalad. 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. Sedan dess får Diskrimineringsombudsmannen årligen mellan 200 och 300 anmälningar om åldersdiskriminering. Några få har lett till rättsliga åtgärder eller förlikning. Merparten har inte lett till någon åtgärd eller djupare analys då de inte har ansetts ligga inom ramen för lagstiftningen. Samtidigt har

anmälarna sett sig utsatta för ålderism och åldersdiskriminering. Vi anser att orsakerna bakom anmälningarna måste analyseras och redovisas offentligt och mer ingående i syfte att genom attitydpåverkan åtgärda den ålderistiska – fördomsfulla – syn på åsrika människor som finns i samhället. Analysen kan också leda till ställningstaganden om skärpning av nuvarande lagstiftning.

Ålderismen slår särskilt hårt mot dem som utsätts för andra former av diskriminering, t.ex. på grund av kön, sexuell läggning, funktionshinder och etnicitet. Här krävs en särskild utredning om förekomst, konsekvenser och åtgärder.

Ett uttryck för den ålderism som finns inom hälso- och sjukvården är de åldersgränser som finns för screening av olika typer av cancer med syfte att upptäcka cancer tidigt och därmed kunna sätta in tidig behandling, något som har visat sig rädda liv när det gäller bröstcancer samt cancer i änd- och tjocktarm och i livmoderhalsen. Här finns kronologiska åldersgränser för erbjudande av de olika formerna av screening, vilka bygger på vilka åldersgrupper som har studerats, inte på i vilka åldersgrupper cancer förekommer. Vi anser därför att åldersgränsen för erbjudande av mammografi bör justeras uppåt och åldersgränserna för cancer i änd- och tjocktarm nedåt.

Ett annat exempel på åldersgräns i hälso- och sjukvården gäller blodgivning. Även om Socialstyrelsen inte har någon övre åldersgräns för blodgivning så finns det blodcentraler i Sverige som nekar personer som har passerat sin 60-årsdag att vara blodgivare. Information bör därför gå ut till blodcentralerna om att människors lämplighet som blodgivare bör bygga på en individuell bedömning, inte kronologisk åldersgräns.

När det gäller personlig assistans liksom bilstöd finns också en kronologisk åldersgräns, 65 år. Det är stor skillnad om en person får en stroke med stora behov av stöd eller råkar ut för en allvarlig olycka med stora funktionshinder som följd före fyllda 65 år. Då kan vederbörande beviljas personlig assistans. Inträffar sjukdomen eller skadan efter 65-årsdagen är det hemtjänst, hemsjukvård och närståendevård som kan ges. Vi upprepar yrkandet från förra året om att det bör utredas vad det skulle innebära mänskligt och samhällsekonomiskt med en ändring av 65-årsgränsen. Vidare bör åldersgränsen för bilstöd (65 år) följa åldersgränsen för rätten att vara kvar i arbetslivet (i dag 67 år men står inför en höjning).

Mot bakgrund av ovanstående exempel anser vi att en genomgång bör göras av kronologiska åldersgränser i svensk lagstiftning för att se vilka som är motiverade och vilka som kan strykas.

Digitaliseringen och tekniska hjälpmedel

Den digitala utvecklingen har gynnat den svenska befolkningen, men det finns problem för dem som av olika skäl inte kan utnyttja tekniken, inte minst genom att den offentliga sektorn blir alltmer digitaliserad för var dag som går. E-tjänster ersätter kundtjänst via telefon och fysiska kontor läggs ner, inte minst på landsbygden. I hemtjänst och hemsjukvård börjar användningen av automatisk övervakning, kommunikation via Skype, robotar m.m. införas i snabb takt.

Tekniska lösningar måste utgå från individens behov med hänsyn tagen till självbestämmande och integritet. Teknik i individens hem kan ge ökad trygghet och involvering av den åsrika. Det blir lättare att följa vårdplaner och informationsutbytet med patienten underlättas. Åtgärder kan vidtas snabbare om provtagningen i hemmet visar värden som avviker t.ex. vid hjärtmedicinering och insättande av vätskedrivande medel. Nackdelar

kan vara teknikproblem, dålig mobiltäckning och att patienten blir stressad av att ta prover varje dag eller att se sina egna mätvärden.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i sin rapport (2014:2) Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter tagit fram vad man ska iaktta inför införandet och användningen av tekniska hjälpmedel och automatisk övervakning i äldreomsorgen. Vi anser att dessa principer bör iakttagas generellt vid införandet av tekniska hjälpmedel och automatisk övervakning i äldreomsorgen. I det sammanhanget bör understrykas att teknik inte får vara ett sätt att dra ner på personal, men däremot ett sätt att frigöra tid för personalen att göra sånt som människor är unikt bra på, som sociala aktiviteter. Den årsrika måste själv ha ett avgörande inflytande. Den som känner sig tryggast med mänskliga besök på natten ska få det, och den som behöver tillsyn men helst vill slippa spring i sovrummet ska kunna få automatisk övervakning.

Vi anser att kommuner och regioner bör analysera vilka konsekvenser som uppstår när allt fler delar av deras verksamheter digitaliseras. Hur påverkas t.ex. de som i dag står utanför digitaliseringen när analoga tjänster avvecklas? Vilken utbildning behöver erbjudas och vilket personligt stöd måste inrättas?

Hälsofrämjande insatser

Vår politik syftar till att de friska åren ska bli fler, och att öka självständigheten och egenmakten för dem som behöver stöd. Viktigt för hälsa och livskvalitet är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) att känna sig behövd. Här spelar såväl arbetslivet som civilsamhället med sina olika organisationer en viktig roll för att människor ska kunna finna meningsfulla, stimulerande uppgifter. Åldern upp till vilken vi ska ha rätt att finnas kvar i arbetslivet är på väg att höjas, vilket är bra, liksom satsningar på att vi ska orka arbeta längre. Det som skulle behövas är ett återskapande av de studiecirklar och den information som arbetsgivare under 1980-talet erbjöd sina blivande pensionärer om vad man kan gå vidare med i civilsamhällets organisationer eller genom att starta företag. Här behöver initiativ tas av regeringen för att med arbetsmarknadens parter se hur sådan information kan ges till människor som står i begrepp att lämna arbetslivet.

Ett annat hälsohot är ofrivillig ensamhet med både fysiska och psykiska konsekvenser. En sammanställning av 148 olika forskningsstudier visar att ofrivillig ensamhet skadar oss lika mycket som rökning och fetma. Viktiga orsaker är när man inte känner sig behövd, inte är en del av samhället därför att man har förlorat den sociala bas som arbetslivet ger. En annan orsak är när man har förlorat sin sociala bas därför att anhöriga och vänner har gått bort och man inte har förmått att bygga upp nya goda relationer i livet.

Det är därför välkommet att det under 2019 infördes ett statligt bidrag för civilsamhällesorganisationer som skapar aktiviteter av olika slag med syftet att bekämpa ensamhet, och det är bra att det i statens budget för 2020 finns medel avsatta för att inom äldreomsorgens ram motverka ensamhet. Men Liberalerna vill därutöver ta ett större grepp genom en nationell strategi mot ensamhet, som inkluderar många olika samhällssektorer som vård och omsorg, stadsplanering, transporter, kultur, civilsamhälle och näringsliv. Målet ska vara att minska risken för långvarig och ofrivillig ensamhet i människors liv, öka kunskapen om ofrivillig ensamhet, utveckla evidensbaserade metoder och skapa ett gemensamt engagemang i samhället mot social isolering.

Skador, alkohol, tobak, kost och motion

Forskningen är övertygande om hur mycket som står att vinna för både individerna själva och för samhällsekonomin genom skadeförebyggande åtgärder, fysisk aktivitet, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol, främjande av ett gott näringstillstånd, god tandhälsa och optimal läkemedelsbehandling. Här finns underlag från Folkhälsomyndigheten och andra myndigheter som kan användas i det lokala arbetet. Det behöver dock spridas mer aktivt till målgruppen åsrika. Länsstyrelser, regioner och kommuner bör aktivt arbeta för denna kunskap genom att upplåta lokaler och erbjuda föreläsare m.m.

Ett speciellt problem är risken för att åsrika skadas eller avlider till följd av brand. Varje år dör cirka 110 människor till följd av brand. Åsrika människor löper betydligt högre risk att skadas jämfört med övriga åldersgrupper. För att antalet döda och svårt skadade vid bränder i bostadsmiljöer ska minska behövs en rad aktiva åtgärder. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, skriver i rapporten Kostnadsanalyser – Sprinkler i särskilda boenden för äldre att investeringen i sprinklersystem är en samhälls-ekonomiskt positiv lösning. Sprinkler finns i särskilda boenden byggda efter år 2012 men inte i de som är äldre. Brandvarnare saknas på många håll. Medvetenheten om brandrisker och brandskydd behöver höjas hos kommunerna och bland åsrika människor och personal i äldreomsorgen.

Vi har tidigare motionerat om att det i kommunerna bör finnas en MAR, medicinskt ansvarig rehabiliterare, vid sidan om MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, för att underlätta och påskynda rehabiliteringen av åsrika människor efter sjukdom eller skador. Eftersom det arbetet går trögt upprepar vi förslaget här.

Hälso- och sjukvård för åsrika

Även om åsrika människor är friskare i dag 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 åsrika personer och ansvara för rehabilitering efter stroke, olycksfall m.m. Det kräver kompetens i geriatrik och gerontologi hos såväl de läkare som de åsrika patienterna möter som hos övrig personal.

I Liberalernas sjukvårdspolitiska motion utvecklar vi vidare vad som behöver göras inom detta område med syftning på åsrika människors behov.

Psykisk ohälsa bland åsrika

Vi har i föregående års motion om åsrika lyft frågan om psykisk ohälsa eftersom den är vanligare bland åsrika människor än yngre samt att psykofarmakabehandlingen är omfattande i delar av Sverige. Cirka 1 500 personer tar årligen sitt liv. Den värst drabbade åldersgruppen är 45–64-åringar, tätt följd av dem över 65. Orsakerna bakom åsrika personers självmord är ofullständigt kända men ensamhet, isolering, känsla av att inte längre vara behövd samt andra stora livsomställningar kan ligga bakom åsrika människors psykiska ohälsa. Den botar man inte med läkemedel, det behövs andra insatser.

Eftersom ingen ljusning ses upprepar vi våra yrkanden i år. Det finns fortfarande få äldrepsykiatriker i Sverige och kunskaperna om äldrepsykiatri är generellt otillräckliga i primärvården.

Kunskaperna om åsrika människors psykiska hälsa och behov av kunskapsbaserad vård måste stärkas. Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas och ingå som en del i läkarutbildningen, både i grundutbildningen och i specialistutbildningen av allmän-

läkare. Läkemedelsbehandling av årsrika patienter, särskilt med psykofarmaka, är fortfarande omfattande och utbildning om läkemedelsbehandling av dem är viktigt inte minst för att förebygga läkemedelsskador. Det räcker inte med den information som finns på Läkemedelsverkets hemsida.

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 äldre 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. Människor dör utan att någon vet om att de har ont. Vården i livets slutskede är inte jämlik. Det framgår tydligt av uppgifterna i Palliativregistret. Här framgår också att det föreligger en kunskapsbrist om palliativ vård. Alldeles för få anställda får handledning och stöd, trots känslomässigt tunga situationer.

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.

Tandvård

Historiskt har sjukdom i munhålan på grund av tandproblem inte subventionerats på samma sätt som hälso- och sjukvård. Den enskilde får bära en betydligt större del av kostnaden själv, vilket för t.ex. garantipensionärer kan vara svårt. En ny tand kan innebära en utgift på mellan 8 000 och 12 000 kronor medan man för en ny höftled, knäled och ny ögonlins betalar en sjukvårdsavgift upp till högkostnadsskydd (1 100 kr/år) samt 100 kr per vård dag på sjukhus. Vi anser att den nu pågående tandvårdsutredningen bör överväga förslag som innebär att nödvändiga implantat av tänder kan jämföras med implantat av höftleder, knäleder och ögonlinser.

Läkemedelsbehandling av årsrika människor

Stora insatser har gjorts under många år för att förbättra läkemedelsbehandlingen av årsrika människor, men vi har fortfarande problem i form av läkemedelsskador, felaktiga kombinationer av läkemedel och felaktiga doseringar.

Utöver fortsättning och utveckling av den nationella läkemedelsstrategin från 2014 behövs en ökning av grund- och fortbildningen av läkarna i ämnena geriatrik och klinisk farmakologi, men också andra yrkesgruppers utbildning inom dessa områden behöver stärkas.

I Liberalernas läkemedelsmotion utvecklar vi vidare vad som behöver göras för att förbättra effektiviteten och säkerheten i årsrika människors läkemedelsbehandling.

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. En sådan som föreslogs var Trygghetsboende som är avsett för människor som vill ha en bekvämare bostad och socialt nätverk. Där ska finnas tillgång till en husvärd samt möjlighet att äta tillsammans. Det krävs inte något biståndsbeslut från kommunen för att flytta till ett trygghetsboende, men sedan april 2019 har kommunerna också möjlighet att införa biståndsbedömt sådant (2018/19:SoU4)

Enligt Boverket finns i dag trygghetsbostäder i 168 av landets kommuner, vilket är 13 kommuner färre än förra året. Det är inte känt om det beror på att trygghetsbostäder har avvecklats eller omvandlats. Samtidigt tillkommer 23 kommuner som inte har haft denna boendeform tidigare. Störst är tillskottet i kommuner med färre än 25 000 invånare. Det totala antalet trygghetsbostäder anges vara knappt 11 000, men det kan vara fler då det saknas uppgifter från 25 av de 168 kommunerna. 21 kommuner anger att de har outhyrda trygghetsbostäder i en liten del av beståndet. I totalt 69 kommuner bedömer man att det kommer att påbörjas närmare 2 600 trygghetsbostäder under åren 2019–2020.

I totalt 127 kommuner hade man 2019 ett underskott på särskilda boendeformer för åsrika människor. Det var 11 kommuner fler än förra året. Antalet kommuner som anger balans i utbudet har minskat, från 116 till 127 kommuner. Totalt 64 procent av de kommuner som besvarat frågan anger att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara täckt om två år. Om fem år beräknas 71 procent av kommunerna ha behovet täckt.

Det är mot bakgrund av ovanstående siffror klart att vi har en brist på båda boendeformerna, vilket är allvarligt eftersom andelen åsrika personer kommer att öka inom de närmaste åren. De stimulansbidrag som har anslagits för byggande av dessa boendeformer har i olika utredningar inte visats ha någon avgörande effekt. Därför bör en utredning göras om vilka hinder som ligger i vägen för byggandet. Det bör också studeras hur trygghetsboende påverkar livskvalitet och hälsa jämfört med boende i ordinärt boende. En studie från början av 2000-talet på Kungsholmen i Stockholm visade att boende i trygghetsboende minskade behovet av vård- och omsorgsboende med 60 procent. En sådan studie bör upprepas på nationell nivå.

Reformera äldreomsorgen

Ett område där åsrika människor i hög grad har behandlats som ett kollektiv är 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 RUT-avdrag lägre än avgiften för hemtjänst. Det är också viktigt att de genom LOV, lagen om valfrihetssystem, kan välja vilket hemtjänstföretag som ska kliva över tröskeln, och i en del kommuner också äldreboende.

Valfriheten måste utökas så den är tillgänglig för fler. Den behöver också fyllas med innehåll. Valfriheten i det stora – vem som ska utföra omsorgen – har ökat, men en 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 rätts-säkerhet och kostnadskontroll med respekt för människors integritet.

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

När livsrummet krymper blir det extra viktigt med mat och måltider. Årsrika människor måste ha inflytande över vad de ska äta. God och näringsriktig mat samt trivsamma måltider är en viktig kvalitetsfråga i äldreomsorgen och kan förebygga undernäring med dess risk för fallskador och andra hälsoproblem.

Liberalerna anser att det ska tillhöra så kallad skälig levnadsnivå att få 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. Vi utvecklar behovet av en gemensam värdegrund i en separat motion.

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.

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. Vi har framfört tidigare att Riksrevisionens rekommendationer måste förverkligas men fortsätter att upprepa det därför att bristerna i anhörigstödet fortfarande är omfattande.

Motverka våld och övergrepp samt vanvård

Våld mot, övergrepp på samt vanvård av årsrika personer har behandlats av riksdagen vid flera tillfällen. I den årsrika generationen är såväl kvinnor som män utsatta, kvinnor i något högre utsträckning än män. Förövaren kan vara en partner, men det kan också vara vuxna barn eller en vårdare som står för övergreppen. Det handlar om fysiskt våld, om sexuellt våld, om kränkningar och vanvård, men också om att söner, döttrar och andra anhöriga utöver att begå fysiskt och psykiskt våld lägger beslag på sina äldres tillgångar.

Riksdagen har vid flera tillfällen behandlat problematiken. 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 i sammanhanget. Även andra yrkesgrupper som möter årsrika människor i sin vardag behöver kunskap om hur de kan upptäcka övergrepp och hur just de kan hjälpa utifrån sin roll.

På Gotland började man 2012 att arbeta med frågan och har inbegripit hela samhället med framgång. Vi anser att Gotlandsmodellen bör införas i hela landet. Dessutom bör de som arbetar inom hälso- och sjukvård samt inom äldreomsorgen ha anmälningsskyldighet vid misstanke om våld eller övergrepp mot årsrika. I socialutskottets betänkande 2018/19:SoU13 avslås dessa yrkanden med hänvisning till pågående arbete, men det inrymmer inte rättsväsendet och polisen och det tar inte upp frågan om anmälningsskyldighet, varför vi upprepar yrkandena i denna motion.

Johan Pehrson (L)

Maria Nilsson (L)

Tina Acketoft (L)

Gulan Avci (L)

Juno Blom (L)

Joar Forssell (L)

Lina Nordquist (L)

Maria Arnholm (L)

Jan Björklund (L)

Bengt Eliasson (L)

Helena Gellerman (L)

Roger Haddad (L)

Fredrik Malm (L)

Mats Persson (L)

Barbro Westerholm (L)

Robert Hannah (L)

Christer Nylander (L)

Arman Teimouri (L)

Allan Widman (L)