

Motion till riksdagen 2017/18:1850

av Jan Björklund m.fl. (L)

Leva livet hela livet – politik för årsrika

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 att höja gränsen för rätten att stanna kvar i arbetslivet till 71 år och tillkännager detta för regeringen.
3. 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.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra informationen om tandvårdsstöden och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkt kunskapsstyrning av äldretandvården och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en översyn av tandvårdssystemet och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inflytande över måltider bör tillhöra en skälig levnadsnivå och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökade möjligheter till öppna insatser och förenklad biståndsprövning och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrat anhörigstöd och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om organisationen av äldresjukvården och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell läkemedelslista och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en bred utredning om vård och omsorg i livets slutskede och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell handlingsplan mot våld och övergrepp mot årsrika och tillkännager detta för regeringen.

14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om anmälningsskyldighet vid misstanke om våld mot årsrika för personal inom vård och omsorg 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. Andelen årsrika människor i befolkningen ökar. Kronologisk ålder är ett trubbigt mått – vi lägger år till livet på olika sätt – men i statistiken räknas man vanligen som äldre från 65 års ålder. De flesta, 80 procent, lever med bra hälsa högt upp i åldrarna, 13 procent har hälsoproblem av olika slag men klarar sig bra med visst stöd, 7 procent betraktas däremot som sköra och behöver omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Årsrika människor har alltför länge betraktats som ett kollektiv och inte som individer som blivit mer och mer olika varandra under livets gång. 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.

En del av det vi framför här har behandlats tidigare av riksdagen men eftersom ingenting eller lite hänt med förslagen upprepar vi dem här samt lägger till nya förslag.

Åtgärder mot ålderism och åldersdiskriminering

På 1960-talet myntades begreppet ålderism som betecknar ålder som grund för fördomar och nedvärdering av årsrika människor som följd. Det är fördomar som lägger hinder i vägen för de människor som vill och kan fortsätta att arbeta efter 67-årsdagen. Årsrika människor är svagt representerade i politiken. I sjukvården finns kronologiska åldersgränser, som saknar medicinskt motiv. På arbetsmarknaden möter årsrika många svårigheter.

Ord påverkar hur vi ser på världen omkring oss. De flesta synonymer till äldre är negativa. Därför använder vi i denna motion liksom tidigare också årssrik 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 försämrats också.

Av de omkring 300 anmälningar som årligen kommit in till Diskrimineringsombudsmannen (DO) om med hänvisning till åldersdiskrimineringslagen är det bara en handfull som lett till åtgärd. Merparten läggs till handlingarna utan utredning eftersom de inte anses ligga inom ramen för lagstiftningen. Samtidigt kan vi konstatera att anmälarna känt sig åldersdiskriminerade. Vi anser att en systematisk genomgång av anmälningarna behöver göras med syfte att åtgärda orsakerna bakom att människor

upplevt sig diskriminerade på grund av sin kronologiska ålder, och om så behövs överväga att förtydliga lagen. Vi framförde detta i förra årets partimotion vilket besvarades med att det pågår ett arbete med att säkerställa diskrimineringslagens effektivitet. Regeringen tog i december 2016 emot betänkandet Bättre skydd mot diskriminering (SOU 2016:87) vilket nu är föremål för remissförfarande. Vi anser att fortsatt behandling av frågan måste ske utan dröjsmål.

Längre arbetsliv för fler

En liberal utgångspunkt är att människor ska få fortsätta i arbetslivet så länge de vill och kan. Att känna sig behövd, att vara en del av samhällslivet är för många en viktig livskvalitetsfråga. Det var något Socialstyrelsen påtalade redan 1981 då den föreslog att åldersgränsen för rätten att finnas kvar i arbetslivet borde höjas från 65 år till 75 år, åtminstone till 70. En höjning av 67-årsgränsen har förts fram av olika forskare och samhällsdebattörer. DO ansåg i en debattartikel (SvD 21 juni 2017) att 67-årsregeln för deltagande i arbetslivet är diskriminerande och att det är hög tid att skrota den

Det är viktigt för den enskilde själv att avgöra hur länge hen vill och kan fortsätta förvärvsarbete. Det finns gediget stöd i forskningen för att det är bra för hälsan att få känna sig behövd – också i sin yrkesidentitet. Det ger också dem som jobbar en bättre ekonomi. Det är samtidigt viktigt för samhällsekonomin i stort. Vi måste ta vara på de den tillgång som åsrika personer utgör i arbetslivet. Vi anser därför att rätten att vara kvar i arbetslivet bör höjas till 71 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.

Även om arbetsmiljön framför allt i fysiskt tunga arbeten förbättrats finns det fortfarande arbeten som är både fysiskt och psykiskt slitsamma och som gör det svårt för en del att orka arbeta högre upp i åldrarna. För dem ska det vara möjligt att gå i pension tidigare men också att erbjudas fortbildning och ändrade arbetsuppgifter så att de orkar arbeta längre, inte minst för att få bättre pension. Nuvarande pensionssystem bygger ju på den så kallade livsinkomstprincipen vilket innebär att den som förlänger sitt arbetsliv även har ett större belopp att fördela på de återstående levnadsåren.

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.

Världshälsoorganisation (WHO) tog i början av 1980-talet upp att det viktigaste för att människor ska må bra är att känna sig behövda. Där spelar en plats i arbetslivet men också i det civila samhället en viktig roll. Här är det som nämnts ovan viktigt att komma åt den ålderism med åldersdiskriminering som konsekvens.

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 samhällseliga förutsättningar för hela befolkningen. Utredningen För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket SOU 2017:4 föreslår en ny målstruktur för det folkhälsopolitiska arbetet med åtta mål. Varken i nuvarande målstruktur eller i utredningens förslag finns dock något mål som syftar till att bibehålla och utveckla åsrikas hälsa. Vi menar att det är en stor brist. Olika faser i livet kräver olika fokus och strategier. På samma sätt som det behövs särskilda strategier för det tidiga livets villkor, behövs det ett särskilt fokus för den som närmar sig sista sträckan på livsresan. Vi anser att det behövs ett mål också för att lyfta fram åsrika människors hälsa: Ökad hälsa på äldre dar.

Alkohol och åsrikas riskbruk

Enligt siffror från Socialstyrelsen dog över 1 000 personer, 65 år och äldre, av orsaker som var relaterade till alkohol 2015. Mätt i antal dödsfall per hundra tusen personer är detta en ökning med 41 % sedan 2001. Det här är en generation som var unga under 60- och 70-talen då inställningen till alkohol och droger liberaliserades. Andra orsaker kan vara bättre ekonomi och ökad tillgänglighet.

Det är i gruppen åsrika kvinnor som ökningen är störst. I den specialiserade öppenvården har åsrika kvinnor som får vård för alkoholdiagnoser fördubblats mellan 2006 och 2015. Det här är en generation kvinnor vars dryckesmönster efter andra världskriget ändrades markant jämfört med tidigare generationers.

Det är viktigt att både socialtjänsten och primärvården är uppmärksamma på riskbruk bland åsrika personer och har kunskap om vilka åtgärder som kan vidtas. Här behövs fortbildning av vård- och omsorgspersonal men också information till den berörda åldersgruppen. Detta är ett ansvar för kommuner och landsting samt för Folkhälsomyndigheten att följa utvecklingen och informera om.

Tandhälsa

Idag är det få åsrika människor som inte har kvar sina tänder och är i behov av löständer. De är vad tandläkare brukar säga ”betandade” med många egna tänder men en hög andel av dessa tänder är inte intakta utan har omfattande tidigare lagningar som kronor, broar och implantat. De löper högre risk än yngre att drabbas av karies och tandköttsinflammation. De kan ha sjukdomar som påverkar tandhälsan och de kan använda läkemedel som medför muntorrhet. Detta kan leda till smärta, undernäring på grund av svårigheter att tugga, bita och svälja. De kan uppleva försämrad livskvalitet på grund av utseendeförändringar, andedräkt, talsvårigheter och infektioner.

Historiskt har sjukdomar i munhålan på grund av tandproblem inte omfattats av sjukförsäkringen, utan täckning av en del av kostnaderna har erhållits genom särskild tandvårdsförsäkring. Idag får den enskilde allmänt tandvårdsbidrag på mellan 150 och 300 kronor beroende på ålder. För behandling får man betala upp till 3 000 kr själv, sedan hälften av kostnaderna upp till 15 000 kr. Över 15 000 kr betalar man 15 % av kostnaden beräknad på referenspriset för insatsen.

Det här innebär att man för en ny tand kan få betala mellan 8 000 och 12 000 kronor medan man för ny höftled, ny knäled och ny ögonlins betalar sjukvårdsavgift upp till

högkostnadsskydd (1 100 kr/år) samt 100 kr per vård dag på sjukhus. I vissa landsting betalar patienter 85 år och äldre ingen sjukvårdsavgift. Vissa årsrika och vissa ingrepp i tänderna omfattas ibland av särskilda stöd som till exempel det till nödvändig tandvård, men till exempel Vårdanalys rapport Tandlösa tandvårdsstöd (2015:3) visar att det når ganska få, och inte ens alla som skulle ha rätt till det. Det här innebär att årsrika människor med låga pensioner av kostnadsskäl tvingas avstå från den tandvård de behöver med de hälsorisker det medför.

Vi föreslår i vår budgetmotion att de medel som regeringen nu lägger på att höja tandvårdsbidraget i stället ska användas för att förstärka högkostnadsskyddet, och därmed minska kostnaderna för dem med allra dyrast tandvård.

Rekommendationerna ur Tandlösa tandvårdsstöd bör genomföras. De handlar om att förbättra informationen om tandvårdsstöden så att fler får del av dem, att förstärka kunskapsstyrningen i äldretandvården samt att göra en översyn av hur tandvårds-systemet kan förenklas. Vi menar därutöver att en sådan översyn bör se över gränstragningarna för tandvårdsstöden, så att till exempel nödvändiga implantat av tänder kan jämföras med implantat av höftleder, knäleder och ögonlinser.

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. 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. 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.

Mer kan och bör göras för att nyproducerade bostäder för äldre ska kunna bli billigare. Det handlar bland annat om att se över byggreglerna – det finns till exempel en intensiv debatt om hur man bäst utformar ett tillgängligt badrum, där man i våra grannländer utan att tumma på tillgängligheten bygger dem 50 000 kr billigare än här.

Men det behövs också högre bostadstillägg för att fler med lägre pensioner ska kunna flytta. 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 2021. 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 uppstår 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.

Nu hotas den valfriheten genom fyrkantiga förslag om vinstbegränsningar. Syftet sägs vara att stoppa oseriösa aktörer i välfärden. Men oseriösa aktörer ska naturligtvis inte tillåtas gå varken med vinst eller med förlust, de ska inte finnas i välfärden alls. De förslag som hittills presenterats gör ingenting för att säkra kvaliteten i välfärden, men skadar däremot seriösa verksamheter och de människor som behöver dem. Kvalitetskraven ska vara höga och tillsynen skarp, och den som gör ett bra jobb ska få lön för sitt arbete – också om hen äger verksamheten.

Valfriheten ska inte begränsas, den ska utökas så att den är tillgänglig för fler. Vi behöver också fylla valfriheten med innehåll. 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 föreslår vi därför i vår budgetmotion att skattereduktionen för RUT-tjänster höjs från 50 procent till 60 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.

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.

Döva och personer med hörselnedsättning

Med åldern försämras hörseln inte minst hos dem som utsatts för höga ljud tidigare i livet. För dem kan bakgrundsmusik i radio- och tv-program göra det omöjligt att höra vad som sägs liksom trafikbuller eller annat buller i bostaden försvåra hörandet. Detta bör uppmärksammas av programproducenter och bostadsbyggare. Bostäder bör byggas så att överhörning av trafikbuller från trafik utanför huset och ljud mellan lägenheter inte kan ske.

Döva har teckenspråk som främsta kommunikationsspråk. Teckenspråk används på samma sätt som hörande använder talspråk. År 1981 erkände riksdagen teckenspråket i Sverige som eget språk.

Idag finns i Sverige bara ett par äldreboenden där det finns personal som kan teckenspråk. Det innebär att många döva personer blir isolerade när de inte kan

kommunicera med personal och boende därför att det fattas någon i deras närhet som behärskar teckenspråk. Årsrika döva berövas därmed sin identitet och riskerar att drabbas av depression och ångest när kommunikationen brister. Också i hemtjänsten är det problematiskt om det inte finns tillgång till någon som behärskar teckenspråk.

Kunskapsbristen vad gäller årsrika döva personers behov är stor inom kommunerna, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kommunerna bör kartlägga vilka årsrika i respektive kommun som är i behov av tillgång till personal som kan teckenspråk. Kommunerna bör också se till att äldreomsorgens personal har den kunskap som behövs för att tillgodose årsrika döva personers olika behov. En teckenspråkig miljö är avgörande för deras livskvalitet och aktiva deltagande i det sociala livet.

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.

I likhet med vad som föreslås i Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, SOU 2017:26, menar vi att kommuners, landstings och regioners stöd till anhöriga regelbundet bör följas upp och utvärderas.

Motverka livsledan

Livsleda bland årsrika behöver uppmärksammas mer, och det behövs mer kunskap om vad som kan göras för att förebygga eller hjälpa. Vart fjärde självmord begås av någon som är 65 eller äldre och då är mörkertalet mycket stort. Statistiken tar till exempel inte hänsyn till dem som avslutar sina liv genom att sluta äta och dricka. Det är främst män som tar sig av daga.

Självmorden har en stark koppling till depressioner och känslan av att inte längre behövas. Kroppslig sjukdom och ensamhet ökar risken oberoende av förekomst av depression. Att förlora en livskamrat ökar självmordsrisken bland män, men inte bland kvinnor. Alkoholmissbruk ökar risken, men forskningen är inte lika samstämmig här som för andra åldersgrupper.

Kunskaperna kring suicidprevention och riskfaktorer gällande suicid hos äldre är tyvärr bristfälliga. Området behöver beforskas och kunskaperna inom primärvården kring äldre som en högriskgrupp för självmord behöver öka.

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 en nationell läkemedelslista förs i hamn utan dröjsmål.

Inkontinens

Urinläckage är vanligt, vanligare hos kvinnor än hos män, och ökar med åldern. För många är inkontinens ett mindre problem, men för en del är det ett tillstånd som försämrar livskvaliteten, man skäms för tillståndet och det blir ett hinder för att leva ett normalt liv, t.ex. att våga sig på resor och besök. Hälso- och sjukvården kan erbjuda hjälp. Kontinensmottagningar finns på flera vårdcentraler och sjukhus men tillgången är otillräcklig för att tillgodose de behov som finns, något som måste åtgärdas.

Åtgärder för förbättrad sårbehandling

Svårläkta sår, inte minst bland åsrika människor, är ett stort problem med smärta och nedsatt livskvalitet. För hälso- och sjukvården medför svårläkta sår betydande resursbehov och kostnader för behandling. I Sverige beräknas minst 40 000 personer

lida av bensår. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, drog i en rapport 2014 slutsatsen att det vetenskapliga underlaget för behandling av svårläkta sår hos årsrika människor är mycket begränsat. Sedan SBU:s rapport kom har kvalitetsregistret RiksSår utvecklats vidare men har inte full täckning. Här behövs mer forskning av god vetenskaplig kvalitet.

Våra nationella kvalitetsregister som Rikssår, Swedvasc och Senior Alert behöver bli heltäckande med avseende på trycksår förekomsten i olika patientgrupper. Därmed möjliggörs utveckling av kvaliteten i vården, och registren kan utgöra en forskningsbas. Därutöver behövs mer forskning för utveckling av nya behandlingsmetoder.

På kommunal, landstingskommunal och regional nivå behöver ansvariga politiker se till att personalen har den utbildning som krävs för att förebygga, och om oturen är framme, se till att patienten får effektiv behandling. Här är det viktigt att Socialstyrelsen och SKL tar fram underlag för att stimulera en positiv utveckling.

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.

Patientlagen och socialtjänstlagen bör kompletteras med krav på att vård och omsorg organiseras så att alla, som så önskar, garanteras mänsklig närvaro vid sin död. För att skapa livskvalitet i livets sista tid behöver vårdens och omsorgens arbetssätt utvecklas och formas utifrån patienternas behov. Här kan frivilligorganisationer göra en viktig insats.

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 vårddirektiv 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.

Motverka våld och övergrepp

Den som slår en närstående slutar inte för att hen själv eller hens partner fyllt 65. Inte sällan blir det värre då, och för andra börjar våldet och övergreppen först sent i livet – det gäller både offer och förövare. Vissa demenssjukdomar kan ge personlighetsförändringar och aggressivitet. En utmattad anhörigvårdare kan ta ut sin frustration på den som vårdas. Den som blivit sårbar på grund av ålder och sjukdom kan lättare utnyttjas och kränkas.

I den åsrika generationen är också män utsatta och våldet och övergreppen har ibland en annan karaktär än det som uppmärksammas mest, mäns våld mot kvinnor. 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 lägger beslag på sina äldres tillgångar.

I forskning om våld i nära relationer sätts den övre åldersgränsen ofta vid 50–60 år, och i Sverige har det fåtal studier gjorts särskilt om våld mot äldre varit små. En kartläggning av Region Gotland 2012 pekade på att uppemot 15 procent av människor över 65 utsatts för våld och övergrepp främst i det egna hemmet. Men mörkertalet är stort.

Bland människor i allmänhet finns numera en relativt stor medvetenhet om det våld som drabbar yngre och medelålders kvinnor. Våldet mot äldre vet människor mindre om, och det man inte känner till kan man inte hjälpa till att motverka. Vård och omsorg behöver till exempel ha kunskap för att skilja fallskador från skador orsakade av våld. Det behövs en bred nationell handlingsplan mot våld mot åsrika. Handlingsplanen från 2014 handlar endast om våld och övergrepp inom vård och omsorg av äldre. Det är också viktigt att motverka, men det är bara en liten del av problemet. En riktig nationell handlingsplan mot våld mot åsrika måste självklart också omfatta polis och rättsväsende. Även andra yrkesgrupper som möter äldre i sin vardag behöver kunskap om hur de kan upptäcka övergrepp, och hur just de kan hjälpa utifrån sin roll. De som arbetar inom hälso- och sjukvård samt inom äldreomsorgen bör därutöver ha anmälningsskyldighet vid misstanke om våld eller övergrepp mot åsrika.

Jan Björklund (L)

Said Abdu (L)

Maria Arnholm (L)

Bengt Eliasson (L)

Robert Hannah (L)

Fredrik Malm (L)

Birgitta Ohlsson (L)

Mathias Sundin (L)

Maria Weimer (L)

Allan Widman (L)

Tina Acketoft (L)

Emma Carlsson Löfdahl (L)

Roger Haddad (L)

Nina Lundström (L)

Christer Nylander (L)

Mats Persson (L)

Lars Tysklind (L)

Barbro Westerholm (L)

Christina Örnebjär (L)

