

Motion till riksdagen 2018/19:2039

av Jan Björklund m.fl. (L)

Leva livet hela livet

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 på sikt 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 att ökad hälsa på äldre dar bör inarbetas i strategierna för folkhälsopolitiken och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att justera åldersgränserna för screeningprogram och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förbättra informationen om tandvårdsstöden och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förstärkt kunskapsstyrning av äldretandvården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en översyn av tandvårdssystemet och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inflytande över måltider bör tillhöra en skälig levnadsnivå och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om organisationen av äldresjukvården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en nationell handlingsplan mot våld och övergrepp mot årsrika och tillkännager detta för regeringen.
11. 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.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om förbättrat anhörigstöd 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.

Åsrika människor har alltför länge betraktats som ett kollektiv och inte som de individer de är och 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 äldrepolitik.

Ålderismen det största hindret för åsrika människors fria val

Det har gått 70 år sedan FN:s generalförsamling antog deklarationen om de mänskliga rättigheterna, om människors lika värde. I Sverige förtydligas detta i diskrimineringslagen (2008:567). Den syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning eller ålder.

Diskriminering på grund av ålder, ålderism, har förekommit i alla tider men kommit i fokus under senare år. Begreppet ålderism betecknar ålder som grund för fördomar och nedvärdering av åsrika människor inom samhällets alla sektorer. Främst är det inom arbetsliv, tillgång till varor och tjänster samt hälso- och sjukvård den gör sig gällande. Världshälsoorganisationen (WHO) driver under perioden 2016–2020 en kampanj mot ålderism och dess konsekvens åldersdiskriminering. WHO konstaterar utifrån data i World Values Survey att respekten för åsrika människor är lägst i höginkomstländerna och att det kan leda till sämre hälsa hos denna generation. Projektet Cost 2014–2018 finansierat av EU har gått igenom den forskning som finns om ålderism inom bl.a. arbetsliv, hälso- och sjukvård, medierna och lagstiftningen. Slutsatsen är att ålderismen förorsakar allvarliga konsekvenser inom samtliga områden. AGE Platform Europe, EU:s paraplyorganisationer för äldreorganisationer inom EU, driver hösten 2018 en kampanj mot ålderism och lyfter här fram ålderismens konsekvenser inom diskrimineringsområdena kön, sociala rättigheter, migration, etnicitet, våld och övergrepp, religion och funktionsnedsättningar.

I Sverige breddades 2013 diskrimineringslagen från att omfatta arbetsliv och utbildning till att också täcka hälso- och sjukvård, socialtjänst, boende m.m. Den är en viktig normsändare. Under tiden 2013–2017 mottog DO 1 228 anmälningar om åldersdiskriminering. 712 gällde arbetslivet, 228 varor och tjänster och 85 hälso- och sjukvård. Endast tre ledde till domstolsutslag och gällde chaufförer som fyllt 70 år och nekats fortsätta köra buss respektive färdtjänstfordon. De fick rätt i domstolen. Fyra ytterligare fall gick till förlikning. De hade nekats anställning på grund av ålder.

Innehållet i övriga anmälningar har inte föranlett någon åtgärd då de inte ansetts 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 bör man överväga att förtydliga lagen.

Motsvarande gäller också för anmälningar som hör till andra diskrimineringsgrunder. Vi beskriver i en annan motion hur diskrimineringslagens utformning och DO:s funktion bör utvecklas.

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 finns dessutom 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 och är samtidigt viktigt för samhällsekonomin i stort. Vi måste ta vara på den tillgång som årsrika personer utgör i arbetslivet. Vi anser därför att rätten att vara kvar i arbetslivet på sikt 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.

Att förebygga ohälsa bland årsrika människor

Under de senaste 100 åren har vi lagt ett kvarts sekel till vår medellivslängd. 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. Viktigt för hälsa och livskvalitet är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) att känna sig behövd. Där spelar arbetslivet men också det civila samhället en viktig roll.

Forskning har visat att mycket står att vinna både för individerna själva och för samhällsekonomin genom skadeförebyggande åtgärder, fysisk aktivitet, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol, främjande av gott näringstillstånd, god tandhälsa och optimal läkemedelsbehandling. Detta gäller inte minst årsrika personer.

Till hälsofrämjande insatser kan också rehabilitering efter skador och sjukdom av olika slag räknas. Här brister tillgången på träning för vardagliga aktiviteter. Valfungerande rehabiliteringsinsatser kräver samverkan mellan huvudmän och mellan personer, och sådan saknas på många håll. Endast 60 av landets kommuner har en medicinskt ansvarig fysioterapeut eller arbetsterapeut. Vi anser att det i kommunerna bör finnas en MAR, medicinskt ansvarig för rehabilitering, vid sidan om MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, för att underlätta och påskynda rehabiliteringen av årsrika människor efter sjukdom och skador.

I juni 2018 beslöt riksdagen att folkhälsopolitikens elva målområden skulle omvandlas till åtta. Medan det tidiga livets villkor utgör ett eget mål saknas ett mål för generationen årsrika människor. 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. När det inte blev något eget folkhälsomål för generationen årsrika människor bör målsättningen ökad hälsa på äldre dar inarbetas i de strategier som nu utvecklas för de olika målområdena.

Åldersgränser för screeningprogram

Screening för tidig upptäckt av vissa sjukdomar är en förebyggande insats som visat sig av stort värde, men här är de kronologiska åldersgränser som satts upp ett problem. Eftersom screening ska vara evidensbaserad har riktlinjer utfärdats inom ramen för de åldersgrupper forskarna valt att studera, inte utifrån i vilka åldersgrupper en sjukdom uppträder. Här följer två exempel.

Mammografi för tidig upptäckt av bröstcancer erbjuds kvinnor i åldersgruppen 40–74 år trots att bröstcancer är vanlig hos kvinnor 75 +. Åldersgruppen var vald av praktiska skäl. För tidig upptäckt av cancer i änd- och tjocktarm rekommenderas screening vartannat år för kvinnor och män i åldersgruppen 60–74 år eftersom tidig upptäckt av cancer uppskattas minska dödligheten med 15 procent. Åldersgruppen är vald därför att medelåldern för insjuknande är drygt 70 år men det finns studier som visar att screening kan vara värdefull också för dem som är yngre än 60 år.

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, har i ett remissvar till Socialstyrelsen tagit upp att de åldersgränser som använts i de randomiserade studier Socialstyrelsens rekommendationer bygger på kan vara åldersdiskriminerande och leda till eventuell åldersdiskriminering när resultaten omsätts i praktiska rekommendationer.

Vi anser att de etiska aspekterna på åldersgränser vid screening för olika hälsoaspekter måste tas med vid utfärdande av rekommendationer om vilka som ska få tillgång till screening. Därför bör åldersgränsen för erbjudande av mammografi justeras upp och den för colon- och ändtarmscancer nedåt.

Tandhälsa

Idag är det få årsrika 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 och 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 subventionerats på samma sätt som hälso- och sjukvård. Den enskilde får bära en betydligt större del av kostnaden själv. En ny tand kan innebära en utgift på 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.

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 lagt på att höja tandvårdsbidraget och införa avgiftsfri tandvård för unga vuxna 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 gränsdragningarna för tandvårdsstöden, så att till exempel nödvändiga implantat av tänder kan jämföras med implantat av höftleder, knäleder och ögonlinser.

Psykisk ohälsa bland åsrika

Socialstyrelsen har hösten 2018 publicerat en rapport om att psykisk ohälsa fortfarande är vanligare bland äldre liksom suicid bland äldre män. En tredjedel av alla över 65 år har vårdats för psykisk sjukdom alternativt använt psykofarmaka. Det föreligger stora variationer över landet. Bakom detta ligger bl.a. att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist utan den vård de får lämnas oftast i primärvården. I primärvården är kunskaperna om äldrepsykiatri generellt sett dåliga, och i Sverige finns endast sex specialister i äldrepsykiatri.

Vi anser att 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 allmänläkare. Läkemedelsbehandling av åsrika patienter, särskilt med psykofarmaka, är omfattande bland åsrika patienter, och utbildning om hur läkemedel ska förskrivas för dem är en väsentlig del.

Särskilt viktigt är det att finna orsakerna till en åsrik patients psykiska problem och inte begränsa insatserna till att behandla symtom. Det kan vara ensamhet som är orsaken till problemen och här löser inte läkemedelsbehandling situationen.

Vår kunskap om orsakerna bakom suicid bland äldre, särskilt män, är begränsad. Det är därför viktigt att inträffade fall blir föremål för utredning av deras situation tiden före dödsfallet. Vi måste ha den kunskapen så att vi bättre kan förebygga att åsrika människor avslutar sina liv på detta sätt.

Funktionsnedsättning bland åsrika

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. Också trafikbuller eller annat buller i bostaden kan försvåra hörandet. Detta bör uppmärksammas av programproducenter och bostadsbyggare. Bostäder bör byggas så att överhörning av trafikbuller från trafik utanför huset och ljud mellan lägenheterna 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.

Åldersgränsen för personlig assistans

Den övre åldersgränsen, 65 år, för att nybeviljas personlig assistans är problematisk. Det är stor skillnad om en person får stroke med stora behov av stöd före eller efter 65-årsdagen. Sker insjuknandet efter 65-årsdagen är det hemtjänst, hemsjukvård och närstående vård som kan ges. Om personer med omfattande kroniska funktionsnedsättningar, t.ex. polio- och neurosedynskadade, har klarat sig själva fram till 65-årsdagen men därefter försämrats så får de lita till hemtjänst och närstående insatser.

Personlig assistans innebär stor frihet för den som får det, samtidigt som det är en jämförelsevis kostnadseffektiv insats. Vi anser att det bör utredas vad det skulle innebära mänskligt och ekonomiskt med en ändring av 65-årsgränsen.

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 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 husvärd samt möjlighet att äta tillsammans.

Enligt utredningen Bostäder att bo kvar i behöver det byggas 360 000 fler bostäder för seniorerna fram till 2030. Enligt Boverkets statistik januari 2018 fanns då cirka 8 200 särskilda boenden. 143 kommuner ansåg att de hade tillräckligt med särskilda boenden medan obalans rådde i 130 kommuner. Om 2 år räknar 173 kommuner med att ha full täckning. Trygghetsboenden fanns i 170 kommuner med totalt 9 650 bostäder. Seniorboendena uppgick till 12 406 fördelade på 185 kommuner. För samtliga äldreboendeformer är lägenheterna i princip samtliga uthyrda eller sålda.

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 hög – nästan 8 000 kr i månaden. I vår budgetmotion avsätter vi medel för att stegvis höja taket i bostadstillägget till 7 000 kronor. Bostadstillägget har samtidigt en avgörande betydelse för att lyfta ekonomiskt svaga pensionärer över fattigdomsgränsen. Det är riktat specifikt till pensionärer med låga inkomster, som har små marginaler när hyran är betald. Eftersom kvinnor i genomsnitt har lägre pensioner än män är det också betydligt fler kvinnor än män som uppbär bostadstillägg. Liberalerna vill stärka ekonomin för denna grupp.

Bekämpa den ofrivilliga ensamheten

Ofrivillig ensamhet orsakar stort lidande – psykiskt men även fysiskt. Social isolering är ett samhällsproblem och ett hälsoproblem som Liberalerna vill göra något åt. Det drabbar människor i alla åldrar, även ungdomar – men kanske främst årsrika människor.

Ensamheten leder med tiden till kännbara fysiska och psykiska konsekvenser. Våra kroppar får svårare att hantera bakterier och virus. Fysisk smärta blir svårare. En sammanställning av 148 olika forskningsstudier visar att ofrivillig ensamhet skadar oss lika mycket som rökning och fetma. Det blir en ond cirkel, för psykisk och fysisk ohälsa leder samtidigt till ensamhet.

En viktig orsak till ensamhet är när man inte längre känner sig behövd, upplever att man inte längre är en del av samhället därför att man förlorat den sociala bas som arbetslivet ger. En annan orsak är när man förlorat sin sociala bas därför att anhöriga och vänner gått bort och man inte förmått bygga upp nya goda relationer i livet.

Ensamhet kan vara positivt när man väljer det själv. Men den påtvingade ensamheten är förödande för många. Ensamma människor som lider av brist på sociala kontakter hör till vår tids glömda Sverige.

Politiker kan och ska inte skapa vänskapsband åt den som är ensam. Men genom politiska initiativ kan vi underlätta gemenskap och motverka isolering.

Många av de förslag vi för fram på andra områden är viktiga också för att råda bot på ofrivillig ensamhet. Att få stanna kvar i arbetslivet så länge man önskar innebär till exempel ökade möjligheter till ett socialt sammanhang, och de förslag vi för fram i denna motion om boende för äldre bidrar till att skapa mötesplatser och bryta isolering.

Men det behövs också ett tydligt och samlat initiativ. Vi vill därför se en nationell strategi som inkluderar många olika samhällssektorer som vård och omsorg, stadsplanering, transporter, kultur, civilsamhälle, näringsliv och så vidare, och vi avsätter medel i vår budgetmotion för detta. 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.

Reformera äldreomsorgen

Ett område där årsrika människor i hög grad behandlats som ett kollektiv är äldreomsorgen. Samma lösningar erbjuds till alla, ofta med en förment klapp på huvudet. Årsrika människor som behöver stöd i sin vardag förutsätts varken kunna eller 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 årsrika människors 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.

Under den gångna mandatperioden har valfriheten systematiskt motarbetats bland annat genom fyrkantiga förslag om vinstbegränsningar. Syftet sades vara att stoppa oseriösa aktörer i välfärden. Men oseriösa aktörer ska naturligtvis inte tillåtas gå vare sig sig med vinst eller med förlust, de ska inte finnas i välfärden alls. Vinstbegränsningar 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 bör införas. 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. I vår budgetmotion avsätter vi medel 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.

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 låg utbildning kan avlasta med de enklare uppgifterna. Det är också en viktig väg in på arbetsmarknaden.

Sedan 1 januari 2018 gäller lagen(2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Det innebär att slutenvården, öppenvården och kommunen med hemtjänsten eller vård- och omsorgboendet ska samverka så att det blir en så bra hemkomst som möjligt. Det innebär att hälso- och sjukvården måste samverka och bör då vid prioriteringar av behov utgå från en gemensam värdegrund. Medan hälso- och sjukvårdslagen innehåller en sådan saknas den i socialtjänstlagen. Vi vill se en bred utredning om vårdens och omsorgens framtida prioriteringar och utvecklar detta i vår sjukvårdspolitiska motion.

Tekniska hjälpmedel

Den tekniska utvecklingen inom området välfärdsteknik går snabbt. Socialstyrelsens definition här lyder ”digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”. Som exempel kan nämnas digitala stöd för provtagning och förmedling av provsvar, fallförebyggande insatser och automatisk övervakning i boendena.

Tillgång till Skype kan underlätta kontakt med nära och kära och därför minska känslan av ensamhet och därmed höja livskvaliteten.

Tekniska lösningar måste utgå från individens behov med hänsyn tagen till självbestämmande och integritet. På plussidan för teknik i individens hem är ökad trygghet och involvering av den årsrike. Det blir lättare att följa vårdplanen, och informationsutbytet med patienten underlättas. Åtgärder kan vidtas snabbare om värdena avviker t.ex. vid hjärtmedicinering, justering av blodtrycksmedicinering och insättande av vätskedrivande medel. På minussidan kan ligga teknikproblem, att den

mobila täckningen är dålig eller att patienten blir stressad av att ta prover varje dag eller att se sena mätvärden.

Statens medicinsk-etiska råd har givit ut rapporten Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter (2014:2). Här tas fram vad man ska iaktta inför införandet av tekniska hjälpmedel och automatisk övervakning i äldreomsorgen. I det sammanhanget understryks att teknik inte får vara en lösning för att avhjälpa personalbrist. Vi anser att dessa principer bör iaktas generellt vid införande av digital och annan teknik i vården och omsorgerna.

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 och ansvara för rehabilitering efter stroke, olycksfall m.m. Det kräver kompetens i geriatrisk 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

Stora insatser under många år har gjorts för att förbättra läkemedelsbehandlingen av åsrika människor, men vi har 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 geriatrisk och klinisk farmakologi, men utbildningen av andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i geriatrisk 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 den nationella läkemedelslistan, beslutad av riksdagen våren 2018, förs i hamn utan dröjsmål.

Vård och omsorg vid livets slut

Forskning har visat att äldre människor vill tala om hur de vill ha sin sista levnadsperiod. Ändå undviker behandlande läkare att tala med sina åldrande patienter och deras anhöriga om deras önskemål under 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 och inte behöva dö ensamma.

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 (Smer) 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 föranledde inte någon åtgärd från regeringens sida. Svenska Läkaresällskapet gick 2010 ut med Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede och Socialstyrelsen 2013 med Nya rekommendationer om vård i livets slutskede, vilket inneburit framsteg.

Hösten 2017 återkom Smer genom att publicera Dödshjälp, en kunskapssammanställning (Smer 2017:2). Den innehåller en bred översyn av kunskapsläget om dödshjälp med fokus på forskning och statistik från länder och delstater som legaliserat dödshjälp i någon form. Syftet är att få frågan diskuterad i samhället och därigenom få en vägledning om hur man bör gå vidare.

Den 1 juli 2017 infördes lagstiftning om framtidsfullmakter, något som Liberalerna länge verkat för. En framtidsfullmakt innebär att en enskild individ kan välja en person att företräda honom eller henne, om han eller hon senare i livet blir beslutoförmögen.

För oss liberaler är detta en fråga om att stärka den enskildes självbestämmande över sin egen framtid. Genom framtidsfullmakter får den enskilde större makt att planera och behålla kontrollen över viktiga angelägenheter.

Även om ny lagstiftning är på plats finns det dock många olösta frågor. Bland annat omfattar dessa framtidsfullmakter inte hälso- och sjukvård, vilket innebär problem inte minst i livets slutskede. Vi utvecklar våra synpunkter på framtidsfullmakter i vår familjerättsliga motion.

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 årsrika 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 som 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 årsrika. Den som antogs 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 årsrika 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 anmälningskyldighet vid misstanke om våld eller övergrepp mot årsrika.

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 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 mist den de 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 samt 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.

Jan Björklund (L)

Tina Acketoft (L)

Gulan Avci (L)

Emma Carlsson Löfdahl (L)

Joar Forssell (L)

Roger Haddad (L)

Fredrik Malm (L)

Lina Nordquist (L)

Johan Pehrson (L)

Arman Teimouri (L)

Allan Widman (L)

Maria Arnholm (L)

Juno Blom (L)

Bengt Eliasson (L)

Helena Gellerman (L)

Robert Hannah (L)

Maria Nilsson (L)

Christer Nylander (L)

Mats Persson (L)

Barbro Westerholm (L)