

Partimotion

Motion till riksdagen 2015/16:1480

av Jan Björklund m.fl. (FP)

Politik för åsrika människor

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder mot ålderism och åldersdiskriminering och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utveckling av SCB:s statistik över åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åsrika människor i arbetslivet och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om åtgärder för att öka möjligheterna för människor att orka arbeta längre och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta vara på åsrika människor efter pensioneringen och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att förebygga ohälsa hos åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en reformering av äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en satsning på första linjens chefer inom hemtjänsten och äldreomsorgen och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre stöd till anhörigvårdare och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om hälso- och sjukvård för åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsbehandling av åsrika människor och tillkännager detta för regeringen.

12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vård och omsorg vid livets slut och tillkännager detta för regeringen.

Utgångspunkter

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

I den här motionen tar vi upp åtgärder mot ålderism och åldersdiskriminering, årsrika människor som tillgång i arbetsliv och civilsamhälle samt när krafterna sviker, äldre människors behov av tillgång till stöd, vård och omsorg.

Åtgärder mot ålderism och åldersdiskriminering

Vi måste slå håll på myter om äldre människor som inte har någon grund i modern forskning, t.ex. att äldre inte kan lära något nytt, att de inte vill ha något att göra med modern teknologi, att de tar jobb från yngre, att förebyggande åtgärder och rehabilitering är meningslösa när det gäller äldre och att äldre personer är en börda för samhället. Data finns som tyder på att äldre personer ofta har mer kunskaper och erfarenheter, är mer pålitliga, inte har högre frånvaro och mer sällan drabbas av olyckor än yngre. Livserfarenhet har visats vara viktigt vid beslutsfattande. Den negativa synen på äldre är att beteckna som ålderism – fördomar mot och nedvärdering av äldre. Den måste vi få bukt på.

Ordval kan styra vår uppfattning om världen kring oss. Exempel är de ord vi använder för att karaktärisera äldre människor. I synonymordböckerna finner man ord som kraftlös, mätt av ålder och utsliten som synonymer till gammal eller äldre. Därför anser vi att ordet årsrik bör tillföras ordlistan över synonymer till gammal och äldre för att beteckna att det handlar om kunskap och livserfarenhet och därför använder vi ordet i denna motion parallellt med ordet äldre.

Ålderismens konsekvens är diskriminering av äldre i olika avseenden. År 2009 fick Sverige en lag mot åldersdiskriminering i arbetsliv och utbildning. Den breddades 2013 till att omfatta också samhällsområdena varor, tjänster, bostäder, allmän sammankomst, offentlig tillställning, hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring, arbetslöshetsförsäkring, statligt studiestöd och offentlig anställning. Den är en viktig normsändare. Det är inte acceptabelt att diskriminera människor på grund av deras kronologiska ålder.

Under lagens första två år anmäldes 579 fall av åldersdiskriminering till DO. Av den diarietskrift vi genom riksdagens utredningstjänst (RUT) fått tillgång till framgår att 245 gällde arbetslivet och 28 utbildning. Bland övriga återfinns anmälningar om åldersdiskriminering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Diskriminerande bemötande tycks ha varit ett skäl till anmälan av många av anmälningarna. Tre anmälningar har blivit rättsfall där domstol slagit fast att tre busschaufförer blivit diskriminerade då de nekades anställning efter fyllda 70 år. Några anmälningar har överlämnats till facken men övriga tycks ha lagts till handlingarna utan utläsbar åtgärd.

Någon djupare analys av anmälningarna har DO inte genomfört sedan den breddade lagen infördes 2013. Vi anser att en genomgång behöver göras med syfte på att åtgärda orsakerna bakom att människor upplevt sig diskriminerade på grund av sin kronologiska ålder.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Den åldersdiskriminering åsrika människor möter beror delvis på brist på kunskap om vilken tillgång åsrika människor utgör i samhällslivet. Det mesta är fokuserat på äldres sjuklighet och behov av vård och omsorg. SCB:s tidsanvändningsstudier ger viss information om vad åsrika människor gör med sin tid men underlaget är litet och uppgifterna stämmer inte med de kartläggningar bl.a. SPF Seniorerna gjort som visar högre siffror. Den offentliga statistiken behöver därför utvecklas för att ge en rättvisande bild av hur människor 65 år och äldre använder sin tid och det ekonomiska värde insatserna motsvarar.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Åldersgräns för rätten att stanna kvar i arbetslivet

Socialstyrelsen påtalade redan 1981 att rätten att vara kvar i arbetslivet borde höjas till 70 år eller högre därför att arbetet var så viktigt för deras livskvalitet. De som vill och kan borde få arbeta högre upp i åldrarna. Den åsikten har framförts med ökad styrka sedan början av 2000-talet.

Pensionsåldersutredningen som tillsattes 2011 med uppdrag att göra en översyn av pensionsrelaterade åldersgränser och möjligheter till ett längre arbetsliv (dir. 2011:34) konstaterade i sitt betänkande *Längre liv, längre arbetsliv* (SOU 2012:28) att ”problemet för äldre som vill arbeta något längre är inte regler för pensioner mm. utan systematisk ålderism”. Särskilt i utbildningsintensiva branscher tycks attityden till äldre arbetskraft ha försämrats på tio år. Samtidigt visar ekonomiska analyser är det viktigt för många grupper att arbeta längre än till 65 år. Uppskjuten pension med ett år kan höja inkomsten under resten av livet med 10 procent. Utredningen konstaterade också att

resultaten från flera enkäter under senare år tydligt pekar på att fler äldre vill arbeta längre och skjuta upp uttaget av pension.

Året efter kom Pensionsmyndighetens rapport ”*Arbetsgivares attityder till äldre arbetskraft*” 2013. Den visar att arbetsgivares och fackliga representanters attityd till äldre arbetskraft är kluven, men huvudsakligen positiv. De kommer ju att behöva den eftersom andelen yngre kommer att minska i samhället.

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

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Åtgärder för att människor ska orka arbeta längre

I en del yrken orkar man arbeta högt upp i åldrarna medan i andra är det svårt att orka till 61-årsdagen, den undre gräns från vilken man har rätt att gå i pension. Eftersom pensionens storlek bygger på hur många år man arbetat är det väsentligt att arbetslivets utformas så att man av hälsoskäl inte tvingas gå i pension tidigare än man önskat.

Därför bör en forskningssatsning göras på interventionsstudier för att få kunskap om vilka åtgärder som fungerar för att minska tidiga utträden från arbetslivet och forskning om hur äldre personer kan fortsätta vara en resurs i arbetslivet.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Ta vara på åsrika människor efter pensioneringen

Inom många professioner har den som går i pension värdefull kunskap och erfarenhet som samhället skulle kunna ha nytta av även efter pensioneringen. Det gäller inte minst inom många yrken som rör välfärdens kärna. I verksamheter som kommunerna ansvarar för, såsom förskola, skola och socialtjänst, finns äldre medarbetare med stor kunskap och lång erfarenhet av att möta människor som ibland har stora behov, likaså inom hälso- och sjukvården. Därför anser vi att i första hand offentliga arbetsgivare i stat, kommuner och landsting systematiskt bör undersöka intresset hos den som, efter många års erfarenhet, går i pension om hon eller han skulle kunna tänka sig att göra någon form av mer begränsad insats efter pensioneringen.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Vikten av att förebygga ohälsa bland åsrika människor

Under 2012 lyfte EU särskilt fram behovet av insatser för aktivt åldrande för att bevara den resurs åsrika människor utgör i samhället. Året utnämndes till *European year for Active Ageing and Solidarity between Generations*. Ett stort antal konferenser anordnades på det temat i olika EU-länder och många publikationer såg dagens ljus. Också Världshälsoorganisationen (WHO) har lyft fram nödvändigheten av hälsofrämjande insatser för åsrika människor, t.ex. vid *WHO 8th Global Conference on Health Promotion*. Som exempel på insatser som bör intensifieras är skadeförebyggande åtgärder, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol samt främjande av gott näringstillstånd, fysisk aktivitet och optimal läkemedelsbehandling.

Sådana här punktinsatser är bra men räcker inte för att påverka utvecklingen. 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” Ett av målen gäller Barn och ungas uppväxtvillkor. Vi anser att det behövs ett mål också för åsrika människors hälsa och att folkhälsopolitikens målområden behöver utökas med ett tolfte mål: Ökad hälsa på äldre dar.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

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 åsrika människor kan välja vilket hemtjänstföretag som ska kliva över tröskeln, och i en del kommuner också äldreboende. Genom Folkpartiet liberalernas initiativ infördes parboendegaranti. Men fortfarande återstår mycket att göra.

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

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

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

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

Folkpartiet 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. Folkpartiet liberalerna avsätter i sin budget en miljard kronor årligen för att kvaliteten och valfriheten vad gäller måltiderna i äldreomsorgen ska öka.

Det behöver bli enklare att få hemtjänst. I Linköping har äldre sedan mitten av 1990-talet kunnat få hemtjänst utan biståndsprövning. Den som har fyllt 75 och tycker att hen behöver hemtjänst kan vända sig direkt till en utförare, och först om biståndsbehovet är stort eller om den äldre är missnöjd kopplas kommunens biståndsbedömare in.

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. Det är dock tveksamt om modellen är förenlig med socialtjänstlagen, som föreskriver att bistånd endast får ges efter en individuell biståndsprövning. Alliansregeringen inledde ett arbete med att ändra lagen så att det skulle bli tillåtet för de kommuner som vill ha en så kallad förenklad biståndsprövning. Utredningen som skulle föreslå den nya lagen, Äldretredningen (S 2014:2) avbröts dock av den nuvarande regeringen kort efter tillträdet. Det arbetet måste återupptas och Linköpingsmodellen tillåtas i hela landet.

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 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 också tydlig evidens för att välutbildad personal och gott ledarskap har stor betydelse för kvaliteten generellt i äldreomsorgen.

Första linjens chefer i hemtjänst och äldreomsorg har en nyckelroll. Det är ett tungt ansvar att följa politiska beslut, lagar, riktlinjer och budgeten samtidigt som de ska utveckla verksamheten och finnas till hands för att handleda sin personal. Alltför många chefer har direkt personalansvar för 40 medarbetare eller fler. Under sådana förhållanden är det svårt att styra och utveckla verksamheten. Cheferna måste ges förutsättningar att utöva sitt ledarskap.

Det är beklagligt att regeringen, i direkt strid med riksdagens beslut, avbröt det så kallade Omvårdnadslyftet under 2015. Den kompetenssatsning regeringen nu aviserar för äldreomsorgen hade kunna få betydligt större effekt om den utformats som en förlängning av Omvårdnadslyftet utan avbrott. Erfarenheten visar också att många kommuner inte hinner tillgodogöra sig ettåriga satsningar. Folkpartiet liberalerna avsätter i sin budgetmotion medel för att satsningen ska kunna fortsätta.

Med RUT-tjänster får äldre större inflytande över vad de vill ha hjälp med. Genom att höja subventionsgraden skulle de bli tillgängliga för fler. Kvinnor över 75 år är den grupp som är mest överrepresenterade bland RUT-användarna. De köper RUT-tjänster i mer än dubbelt så stor utsträckning som befolkningen i stort. För att göra RUT-tjänster överkomliga för fler anser vi att skattereduktionerna ska ökas från 50 till 75 procent för äldre över 80 år.

Släpp in djuren i äldreomsorgen. Människor som har djur fortsätter med aktiviteter som gör att åldrandet fördröjs och tillfrisknar snabbare vid sjukdom. Det finns också studier som visar att djur har inverkan på personer som bor i särskilt boende i form av minskad ångest, förvirring och depression samt ökad vitalitet. Aktiviteter med djur kan ha särskilt stor betydelse för personer med demenssjukdomar. Dock behövs mer forskning om vad man särskilt ska tänka på när det gäller djur i äldreboendena.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

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 offentligas insatser.

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

Bakgrunden är att under 2000-talet, där allt fler med stora vård- och omsorgsbehov bor kvar i sitt eget hem, innebär trots ökade hemtjänstinsatser nästan alltid stora insatser från anhöriga. Nu visar Riksrevisionens granskning att 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.

Vi anser att Riksrevisionens rekommendationer snarast bör förverkligas.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

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 hos såväl 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. Riskfylld användning av läkemedel i form av samtidig förskrivning av tio eller fler läkemedel är vanlig.

För att förbättra kvaliteten på vården och omsorgen om äldre personer bör det på regional nivå inrättas geriatriska centra med uppdrag att stödja primärvården med geriatrisk och gerontologisk kompetens. De bör fungera konsultativt gentemot primärvården i fall som rör enskilda äldre patienter. Dessa geriatriska centra bör också bidra till kompetensutveckling i primärvården samt utforma metoder, team och

arbetssätt för integrerad bedömning och handläggning av multisjuka äldre personer med fokus på öppen vård.

Multisjuka äldre personer behöver en sammanhållen vård och omsorg. Det behövs därför en sammanhållen vårdorganisation kring de mest sjuka äldre inom primärvården, men också över kommun- och landstingsgränserna. Varje multisjuk äldre person ska ha ett eget äldrevårdsteam med namngivna personer som ansvarar för att ge en sammanhållen vård. I teamet ska ingå husläkare eller geriatriker, sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, farmaceut, kurator och arbetsterapeut. Samtliga i teamet ska ha utbildning i geriatrik och gerontologi. I teamet bör också biståndshandläggaren ingå med den koppling hon eller han har till hemtjänsten eller vård- och omsorgsboendet. Också andra kompetenser kan kopplas till teamet beroende på behov, t.ex. fotvårdsspecialist. Gemensam journal ska föras.

I några landsting har äldrevårdscentraler, ÄVC, börjat inrättas. I Region Skåne har man på ett ökande antal vårdcentraler inrättat ÄVC vid sidan om MVC och BVC. Vid ÄVC erbjuder man en verksamhet anpassad för årsrika personers behov. Det förebyggande hälsoarbetet prioriteras och därmed kan vårdbehoven för den enskilde minskas. Vid besöken på ÄVC får patienten ordentligt med tid hos sjuksköterska och läkare. Hembesök görs där det är lämpligt. Genom ÄVC kan vårdcentralerna bli den bas i hälso- och sjukvården som de sedan länge är tänkta för, tillsammans med MVC, BVC och övrig primärvård men också den specialistvård som kan flytta ut från sjukhusvården. Det här innebär också att människor som bor i särskilda boenden/vård- och omsorgsboenden kan få sin sjukvård i boendet och inte behöva åka till akuten för sådant som kan behandlas i hemmet.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Läkemedelsbehandling av årsrika människor

Trots stora insatser under alliansregeringens tid för att förbättra läkemedelsbehandlingen av årsrika 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 också att utbildningen av andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i geriatrik och läkemedelsbehandling stärks.

För att förskrivare och farmaceuter ska ha tillgång till aktuella och korrekta uppgifter om en patients läkemedelsbehandling så att kvalitet och säkerhet kan säkerställas

fordras tillgång till en nationell ordinationsdatabas (NOD) ur vilken uppgifterna kan hämtas. Arbetet för att skapa en sådan databas har pågått länge och flera utredningar presenterats. Det har visat sig att lagstiftningen måste ändras för att möjliggöra NOD. Det är angeläget att det arbetet nu förs i hamn utan dröjsmål.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Vård och omsorg vid livets slut

Forskning har visat att äldre människor vill tala om hur de vill ha sin sista levnadstid. 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.

Framtidsfullmakter/vårddirektiv

Den enskildes önskemål om vård och omsorg vid livets slut bör i större utsträckning beaktas av sjukvården. I brist på laglig möjlighet har pensionärsföreningar och enskilda utvecklat formulär som kallats ”Viljeyttring om vård och behandling”, ”Framtidskontrakt”, ”Vårdtestamente” och ”Vårddirektiv”. De har ett gemensamt syfte, nämligen att vara ett hjälpmedel för omgivningen den dag då man behöver hjälp och inte själv kan uttrycka sin önskan. Här återfinns avsnitt om vad man tycker om att äta, vilken musik man vill lyssna till men också hur man ser på livskvalitet och livsförlängande behandling. De är inte bindande men vårdpersonal har vittnat om att dokumenten kan vara till stöd vid beslut om vilken behandling man ska ge en patient som inte längre kan ta egna beslut.

I och med att riksdagen under våren beslöt att tillkännage för regeringen att den snarast ska återkomma till riksdagen med ett lagförslag om framtidsfullmakter och behörighetsregler för anhöriga så öppnas möjligheten för människor att på laglig väg kunna uttrycka hur man vill ha det i slutet av livsresan. Att ha makten över sin framtid är en viktig frihetsreform, särskilt för åsrika människor. En framtidsfullmakt innebär att man ska kunna välja en annan person som företräder en i beslut som gäller tillvaron rent allmänt samt ekonomin men också om hur man vill ha det under sin sista tid.

Det är viktigt att den kommande utredningen beaktar detta behov i sitt arbete.

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Vården och omsorgen

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

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

Detta bör ges regeringen tillkänna.

Jan Björklund (FP)

Erik Ullenhag (FP)

Emma Carlsson Löfdahl (FP)

Christer Nylander (FP)

Birgitta Ohlsson (FP)

Tina Acketoft (FP)

Barbro Westerholm (FP)

Said Abdu (FP)

Maria Arnholm (FP)

Bengt Eliasson (FP)

Roger Haddad (FP)

Robert Hannah (FP)

Fredrik Malm (FP)

Mats Persson (FP)

Mathias Sundin (FP)

Lars Tysklind (FP)

Maria Weimer (FP)

Allan Widman (FP)

Christina Örnebjär (FP)