

Leva livet hela livet



LIBERAL POLITIK FÖR ÅRSRIKA

Innehåll

Inledning	1
Vårt program i korthet	2
Bekämpa ålderism och åldersdiskriminering	8
Årsrika en tillgång i och efter arbetslivet	9
En tillgång också efter pensioneringen	10
Lägg friska år till livet	11
Bo bra också som årsrik	12
Självständig längre med ny teknik och nya tjänster	14
Mer makt åt de årsrika i äldreomsorgen	16
Alla är olika, också när vi blir årsrika	16
Personalen är viktigaste kvalitetsfaktorn.....	17
Årsrika från en mångfald av länder	18
Anhöriga ska inte slitas ut	18
Vid livets slut	19
En sammanhållen hälso- och sjukvård	20
Säker läkemedelsanvändning.....	21
Nej till ålderism i vården	21
Våld och övergrepp mot äldre	22

Inledning

Liberalismen syftar till att maximera varje människas frihet att forma sitt 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, och inte utifrån vilket år vi är födda. Att öka åsrika människors självständighet och egenmakt är en central uppgift i Liberalernas äldrepolitik.

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. Det skapar samtidigt utmaningar. Hur ska vi finansiera välfärd och pensioner om vi arbetar mindre än halva livet?

Vi använder i denna rapport ordet åsrik 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. Inte minst livserfarenhet har visat sig viktig i samband med komplicerat beslutsfattande och lösande av konflikter.

Liberalerna drar i det här programmet upp riktlinjer för hur vi vill arbeta i riksdag, regioner, landsting och kommuner. Vi vill ta ett socialliberalt ansvar och undanröja de hinder som ligger i vägen för åsrika människor att leva sina liv som de själva önskar. Även om det kräver ekonomiska satsningar som på kort sikt kräver att i sig angelägna och populära åtgärder kan få stå tillbaka blir slutresultatet positivt i form av vinster i livskvalitet men också ekonomiskt för de åsrika men också för samhället i övrigt.

Vårt program i korthet

BEKÄMPA ÅLDERISM OCH ÅLDERSDISKRIMINERING

1. Liberalismen syftar till att maximera varje människas frihet att forma sitt 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, och inte utifrån vilket år vi är födda. Att öka åsrika människors självständighet och egenmakt är en central uppgift i Liberalernas äldrepolitik
2. Därför är det en viktig uppgift för liberaler att bekämpa ålderismen, det vill säga ålder som grund för fördomar och nedvärdering av äldre med diskriminering som följd, inom såväl arbetslivet som hälso- och sjukvården och en rad andra områden.
3. Att förändra attityder tar tid och därför måste arbetet börja här och nu. Ålder ska inte användas för att karaktärisera människors förmåga, roller och behov. Människor ska bedömas efter kompetens i stället för kronologisk ålder, inte minst i arbetslivet och politiken.
4. Diskrimineringsombudsmannen får årligen ta emot hundratals anmälningar om åldersdiskriminering, ändå är det bara en handfull som lett till några åtgärder. DO:s uppdrag och resurser bör ses över så att anmälningar om åldersdiskriminering åtgärdas och analyseras.
5. Det behövs mer kunskap, mer statistik och mer forskning om åsrikas villkor och behov. Då kan fördomar motverkas och samhällets insatser, där sådana behövs, bli mer träffsäkra.

ÅRSRIKA EN TILLGÅNG I OCH EFTER ARBETSLIVET

6. Många kan och vill arbeta långt efter 65-årsdagen. Det är bra för hälsan att känna sig behövd, och det ger en bättre privatekonomi. Men det är också viktigt för samhällsekonomin i stort att förlänga arbetslivet för fler. För att fortsatt ha en hög kvalitet på välfärdstjänsterna och rimliga nivåer på pensionerna, krävs att fler arbetar längre.
7. Därför bör åldersgränsen för att rätten att stanna i arbetslivet höjas till 71 år. Den nedre gränsen för när man tidigast får ta ut ålderspension bör höjas i takt med medellivslängdens utveckling.
8. Det behöver samtidigt göras mer för att anpassa arbetslivet så att fler kan arbeta längre. Det handlar om mer flexibla arbetstider, större möjligheter till deltid och bättre arbetsmiljö.
9. Varje arbetad timme är värdefull. Många åsrika som inte längre är intresserade av att arbeta heltid, gör gärna kortare insatser. Reglerna för att kombinera arbete eller egenföretagande på deltid med pension bör vara enkla och förmånliga.
10. Offentliga arbetsgivare har ett särskilt ansvar att möjliggöra för den som går i pension att fortsätta göra begränsade insatser.

11. Att gå i pension ska inte behöva vara slutgiltigt. Fler arbetsgivare bör erbjuda återintroduktionsprogram till arbetet för åsrika.
12. Det är välkommet att flera kollektivavtal innehåller lösningar för hur människor kan gradvis trappa ner sitt arbete, och på så sätt förlänga sitt arbetsliv. Om arbetsmarknadens parter inte löser detta på fler områden av arbetsmarknaden bör man överväga lagstiftning.
13. En förutsättning för att stanna länge i arbetslivet är att man kan fortsätta vidareutbilda sig hela livet och att det finns möjlighet att ändra yrkesinriktning. Det behövs system för att finansiera studier som tar hänsyn till att den som är mitt i livet har andra levnadsomkostnader än den som ännu inte bildat familj. Ett sätt kan vara att skapa någon form av kompetenssparande där den enskilde, arbetsgivare och stat gemensamt finansierar studierna.
14. Skattesystemet ska gynna, inte missgynna den som förlänger arbetslivet.
15. Socialförsäkringar och andra stöd på arbetsmarknaden bör i huvudsak vara tillgängliga för alla som fortfarande förvärvsarbetar. Därför bör åldersgränserna för socialförsäkringarna och dessa stöd ses över, höjas och anpassas så att den som arbetar efter 65 har större tillgång till t.ex. sjukpenning eller bilstöd.
16. Även den som på grund av en funktionsnedsättning har en daglig verksamhet inom LSS i stället för ett reguljärt arbete bör få stanna så länge orken och viljan finns.
17. Många åsrika gör stora och viktiga ideella insatser. De utgör ryggraden inom många civilsamhällesorganisationer, de vårdar närstående, tar hand om barnbarn och stöttar vänner med sviktande hälsa. Det har ett mycket stort värde för de människor som deltar, de som berörs och för samhället i stort. Genom att synliggöra omfattningen och värdet av ideella insatser i offentlig statistik, kan vi också motverka ålderism.
18. Kommuner, landsting och regioner bör i högre grad välkomna åsrikas närvaro i medborgardialoger i samband med det kommunala beslutsfattandet.

LÄGG FRISKA ÅR TILL LIVET

19. 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.
20. Forskning visar att mycket står att vinna både för individerna själva och samhällsekonomin genom skadeförebyggande åtgärder, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol, främjande av gott näringstillstånd och god tandhälsa, fysisk aktivitet och optimal läkemedelsbehandling.
21. Att göra något är alltid bättre än att göra inget. Den som sjunger i kör, spelar tv-spel, löser korsord eller helt enkelt bara umgås insjuknar senare i demenssjukdomar än den som är passiv. Det är viktigt att människor känner sig behövda, att de har en aktiv roll under hela livsresan, också den allra sista sträckan. Därför är det viktigt med goda villkor för de civilsamhällesorganisationer som arbetar med aktiviteter för och med åsrika.
22. Kommuner kan främja ett aktivt och hälsosamt liv bland äldre också i samhällsplaneringen, genom att se till att det finns promenadstråk och cykelbanor, att snöröjning och sandning fungerar, att det finns utegym som går att använda även för den som inte är urstark och annat som kan tänkas inspirerar till aktivitet bland åsrika.
23. Primärvården bör ta en aktiv roll i det hälsofrämjandet arbetet genom att på olika sätt förmedla hur människor kan bevara hälsan långt upp i livet. Det bör också ske i samar-

bete med andra samhällssektorer, inte minst civilsamhället., till exempel pensionärs- och patientorganisationerna samt apoteken.

24. Hälso- och sjukvården bör erbjuda hälsosamtal till alla, till exempel det år de fyller 75. De kan innebära en enklare hälsoundersökning, samtal om livsstilens betydelse för hälsan samt vart man vänder sig för att få stöd och hjälp.
25. Tanderna är viktiga för hälsan, och att kunna le med tänderna i behåll är viktigt för självkänslan. Mun- och tandhälsa behöver uppvärderas i hemtjänst och särskilt boende. Äldretandvården måste få en tydligare roll i det hälsofrämjande arbetet. Tandvårdsstödet bör stegvis förstärkas, i första hand för dem med låga inkomster. Inriktningen bör vara dels förebyggande tandvård, dels de som har de allra största behoven.

BO BRA OCKSÅ SOM ÅRSRIK

26. Människor är olika, också när det handlar om hur vi vill och kan bo på äldre dar. Det behövs en mångfald av bostäder anpassade för årsrika, både på den vanliga bostadsmarknaden och i form av äldreboenden.
27. De flesta människor vill bo kvar i sin gamla bostad hela livet. Med ökad tillgänglighet blir det möjligt för fler. Att den årsrike själv trots rörelsehinder kan komma ut och handla och röra sig ute i samhället ger framförallt livskvalitet men också besparingar för kommunerna i form av minskat behov av hemtjänst och särskilt boende.
28. Det behövs samtidigt fler, inte färre, lägenheter i vård- och omsorgsboenden för att tillgodose behoven hos de årsrika som behöver tillgång till vård- och omsorg under dygnets alla timmar. Nya lägenheter behöver byggas och nedläggningarna stoppas. Den som har behov av vård- och omsorgsboende ska ha rätt att få en plats, och större hänsyn ska tas i biståndsbedömningen till personens upplevelse av ensamhet och otrygghet. Den som fyllt 85 bör ha rätt till plats i vård- och omsorgsboende.
29. Bristen på platser i vård- och omsorgsboende förvärras av att steget dessförinnan i princip saknas. Vår vision är att det ska finnas ett tillräckligt stort utbud av lägenheter i trygghetsboende och liknande dit man kan flytta utan behovsprövning. Där bör det vara möjligt att bo tryggt med hög livskvalitet, med hemtjänst om det behövs, i stort sett hela livet.
30. Med tillräckligt många lämpliga bostäder för dem som inte har så stora behov, kan vård- och omsorgsboenden ännu tydligare anpassas för de allra sjukaste
31. Kommunerna bör kartlägga sina behov av bostäder för årsrika och initiera byggande av de bostäder som behövs. Fokus ska vara boendeformer som ger möjligheter till gemenskap, socialt innehåll och trygghet.
32. Skatte- och byggregler bör utformas så de inte lägger onödiga hinder i vägen för årsrika som enskilt eller i grupp vill engagera sig i sitt boende, till exempel genom kollektivhus eller kooperativa hyresrätter. Även olika former av generationsboende bör underlättas.
33. Det måste samtidigt vara möjligt för årsrika att efterfråga lämpliga bostäder. Taket i bostadstillägget bör höjas så att det rymmer också hyran för en nyproducerade smålägenhet.
34. Hinder för årsrika att flytta till en lämplig bostad behöver undanröjas. Reavinstskatten, den så kallade flyttskatten, bör sänkas.

SJÄLVSTÄNDIG LÄNGRE MED NY TEKNIK OCH NYA TJÄNSTER

35. Den tekniska utvecklingen innebär fantastiska möjligheter att öka årsrika människors självständighet, delaktighet och livskvalitet. Den här utvecklingen bör bejakas, utnyttjas och underlättas.
36. Samtidigt måste beslutsfattare ställa tydliga krav. Videomöten, robotar och andra tekniska hjälpmedel ska användas för att ge mer tid till mänsklig samvaro, eller för att den som helst vill vara ifred ska få vara det – inte för besparingar. Tekniken måste användas med samtycke från den enskilde och med respekt för hens integritet.
37. Omställningen av välfärdens digitala infrastruktur måste påskyndas. Den teknik vi tar för självklar i andra delar av vår vardag, måste också bli självklar i vården och äldreomsorgen. Patienter och anhöriga behöver få tillgång till smarta e-hälsotjänster för exempelvis nå den egna journalen, boka tid på webben och träffa läkaren via videolänk.
38. IT-stödet behöver moderniseras även i socialtjänst och omsorg, så att de underlättar i stället för att stjäla tid.
39. Väl utvalda hjälpmedel, såväl högteknologiska som enklare kan öka människors självständighet och minska behovet av vård och omsorg. Idag är dock olikheterna över landet för stora. Det behövs tydligare nationell styrning av rätten till hjälpmedel, och ambitionsnivån behöver höjas på många håll.

MER MAKT ÅT DE ÅRSRIKA I ÄLDREOMSORGEN

40. De sista åren ska vara lika mycket värda som de första, och omges med lika mycket omsorg och kärlek.
41. Äldreomsorgen i Sverige är i huvudsak bra. Det är dock en klen tröst för dem vars äldreomsorg är dålig. Ingen ska behöva vara orolig för att inte få äldreomsorg när de behöver, och ingen ska behöva vara orolig att den inte är tillräckligt bra.
42. Skillnaderna i äldreomsorgens kvalitet och kommunernas ambitionsnivå är alltför stora. Möjligheten att få tillgång till sociala aktiviteter som den äldre personen trivs med, att få komma ut i friska luften om hon eller han så vill, eller kunna få mat lagad av hemtjänsten i stället för en matlåda borde inte bero på var den äldre personen råkar bo. Det är så grundläggande kvalitetsaspekter på äldreomsorgen att det borde erbjudas överallt. Den nationella styrningen av äldreomsorgens kvalitet behöver stärkas.
43. Det sociala innehållet i äldreomsorgen kan med fördel utvecklas i samarbete med civilsamhället.
44. Respekten för den enskilda människans vilja är särskilt viktig när hon är i en utsatt situation. De valfrihetsreformer som genomfördes av alliansregeringen ska värnas och utvecklas. Det ska vara självklart att själv få välja hemtjänstföretag och äldreboende. Kommuner ska ha möjlighet att erbjuda hemtjänst utan biståndsprövning.
45. Samtidigt behöver den enskildes makt över innehållet i omsorgen öka. Det är den enskildes önskemål för dagen som ska styra, inte fyrkantiga regelböcker.
46. I hemtjänsten borde det vara en självklarhet att alla som behöver hjälp med maten ska kunna få den lagad hemma. Lika självklart bör det vara att kunna få matlådor om man föredrar det, och då ska det finnas flera olika leverantörer att välja på. Den som bor på äldreboende bör alltid ha flera rätter att välja på.

47. På sikt bör RUT-tjänster helt ersätta hemtjänst, för dem som bara behöver servicetjänster. Det ökar äldres självbestämmande, samtidigt som kommunens handläggare får mer tid till dem som har stora behov och till uppföljning av kvaliteten. Det innebär att subventionsgraden i RUT behöver höjas för årsrika och att avdraget kompletteras med ett bidrag för dem med låga inkomster. Matlagningstjänster bör åter omfattas.
48. Ett sätt att stärka årsrikas ställning är att införa en lokal, oberoende äldreombudsman, som dels kan ge vägledning om vilken hjälp man kan få, och hur man klagar om man inte är nöjd, dels kan göra egna granskningar om äldreomsorgens kvalitet.
49. Personalens kompetens är en av de viktigaste kvalitetsfaktorerna i äldreomsorgen. Den som utför ensamarbete ska alltid ha tillräcklig utbildning. Där personalen arbetar i grupp kan den som har liten erfarenhet eller utbildning göra värdefulla insatser genom att avlasta med enklare uppgifter.
50. Första linjens chefer har ett tungt ansvar. De måste få den utbildning och det stöd som krävs för att de ska kunna utöva sitt ledarskap.
51. Kunskapen om åldrandet bland personer som invandrat behöver öka. Den som drabbas av demens tappar ibland det språk de lärt sig senare i livet. Posttraumatisk stress bland flyktingar kan uppträda sent i livet, och ibland utlösas eller förvärras av demens.
52. Anhöriga ska inte slitas ut. Många kommuner har alltför låg ambitionsnivå på sitt stöd till anhöriga. Avlastning och annat stöd måste erbjudas i sådan omfattning att anhöriga orkar ge så mycket stöd de vill. Anhörigvårdare behöver avlastas genom vårdsamordnare eller vårdlotsar som hjälper med sjukvårdskontakter och mot oro. Det behöver skapas kontaktvägar mellan anhöriga och sjukvård och det måste bli lättare att få kontakt med andra i samma situation. Ett nationellt anhörigcentrum med stödlinje dygnet runt kan ge trygghet och avlastning.
53. Det bör bli lättare att förena anhörigstöd med arbete, till exempel genom rätt till tjänstledighet och deltid. I takt med att samhälls ekonomin så tillåter bör man utvidga möjligheten till närståendepenning också vid till exempel ledsagning till läkarbesök.
54. Anhörigvård får inte bli en kvinnofälla. Vi är tveksamma till så kallade anhöriganställningar.
55. Information om vad äldreomsorgen kan erbjuda bör ges på många språk och på ett sätt som når ut i invandrargrupper, så att anhörigvård sker frivilligt, inte av plikt och tradition.
56. Det bör införas en skyldighet för hälso- och sjukvården motsvarande den i socialtjänsten att erbjuda information, råd och stöd till anhöriga.
57. Föräldrar till personer med intellektuell funktionsnedsättning har ofta tagit ett mycket stort ansvar som anhörigvårdare hela livet. När de blir årsrika är det inte säkert att de orkar längre. Det behövs en större beredskap från det offentliga att ta över i tid. Det behövs till exempel äldreomsorg anpassad för personer med intellektuell funktionsnedsättning.
58. Människors självbestämmande måste respekteras också när livet går mot sitt slut. Fler behöver ges möjlighet att uttrycka hur de ser på livsuppehållande behandling genom så kallade vårddirektiv. Ingen ska tvingas på medicinska insatser de inte vill ha.
59. Den som är döende ska få stanna i trygg miljö, inte skickas till akuten. Därför är det viktigt med tydliga brytpunktssamtal så att anhöriga och omsorgspersonal är införstådda med att döden är nära.

60. Patientlagen och socialtjänstlagen behöver 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 arbetsätt utvecklas och formas utifrån patienternas behov. Här kan frivilligorganisationer göra en viktig insats.
61. 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.

EN SAMMANHÅLLEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

62. En stärkt primärvård är viktig för att förebygga och behandla ohälsa bland äldre och för rehabilitering efter till exempel stroke och olycksfall, till exempel genom äldrevårdcentraler (ÄVC). Vården behöver vara tillgänglig dygnet runt och hemsjukvården väl utbyggd. Liberalernas fastläkarreform ska ge trygghet och kontinuitet för patienten och säkerställa läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen.
63. Äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhus ska samverka och tillsammans skapa en vård och omsorg speciellt utformad utifrån den äldre individens behov. En sammanhållen vård- och omsorg är särskilt viktig för dem som är multisjuka. En förebild är de äldrevårdsteam som finns bland annat i Närvård Västra Skaraborg och i Tiohundra Norrtälje. Där har kommuner, primärvård och slutenvård en gemensam organisation och finansiering för att multisjuk äldre ska få sammanhållen vård.
64. Utbildningen av läkare, tandläkare och sjuksköterskor i läkemedelsbehandling av äldre patienter ska stärkas. Även andra yrkesgrupper behöver få mer kunskap om läkemedelsbehandling.
65. Det behövs samlad information om vilka läkemedel en person har. Arbetet med en nationell läkemedelslista måste slutföras snarast.
66. I sjukvården ska det vara patientens nytta som ska avgöra om till exempel en behandling erbjuds eller inte, inte patientens kronologiska ålder. Det betyder till exempel att den övre gränsen för att erbjudas mammografi bör avskaffas.
67. Det ska finnas god hjälp till rehabiliterande insatser som stärker möjligheten till välbefinnande och ökar möjligheten till självständighet.
68. Mat och måltiderna inom hälso- och sjukvård och omsorg kan utvecklas. Framför allt inom sjukvården behöver mat och måltider utvecklas. För att säkerställa ett medvetet arbete med mat och måltider för äldre och en effektiv nutritionsbehandling ska alla patienter ha tillgång till dietist och arbetsterapi.

VÅLD OCH ÖVERGREPP MOT ÄLDRE

69. Kunskapen om våld och övergrepp mot årsrika behöver öka, bland annat i rättsväsendet, bland pensionärsorganisationer samt i brottsofferjourer och kvinnojourer.
70. Det behövs en bred nationell handlingsplan mot våld och övergrepp mot årsrika, som omfattar såväl rättsväsendet som vård och omsorg.
71. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård samt inom äldreomsorg ska ha kunskap om våld mot årsrika och anmälningsskyldighet om de misstänker våld eller övergrepp.

Bekämpa ålderism och åldersdiskriminering

Ett grundläggande hinder för åsrikas självständighet och delaktighet är ålderismen, det vill säga ålder som grund för fördomar och nedvärdering av äldre med diskriminering som följd, inom såväl arbetslivet som hälso- och sjukvården och en rad andra områden. Världshälsoorganisationen WHO har konstaterat att ålderismen är starkare i länder med högt välstånd. Sverige är tyvärr inget undantag.

Ålderismen visar sig på olika sätt. Det finns 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 hälsofrämjande åtgärder och rehabilitering är meningslösa när det gäller äldre och att äldre personer är en börda för samhället och det finns forskning som visar att äldre personer ofta har mer kunskaper och erfarenheter, är mer pålitliga, inte har högre frånvaro och mer sällan drabbas av olyckor i arbetslivet än yngre.

Åsrika människor är svagt representerade i politiken. I sjukvården finns kronologiska åldersgränser. Ålderismen är också synlig i språket: av de 28 synonymer som finns till ordet gammal i Svensk synonymordbok är 25 negativa (t.ex. mossig, kraftlös, utlevad) och tre neutrala (mångårig, till åren, äldre).

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 inom LSS. Vid 65 år upphör bilstödet för den som funktionsnedsatt behöver bilen för att kunna arbeta. Banker och försäkringsbolag ställer upp villkor grundade på schablonmässiga föreställningar om ålder, inte på individuella bedömningar.

Av de omkring 300 anmälningar som årligen kommit in till Diskrimineringsombudsmannen (DO) om åldersdiskriminering är det bara en handfull som lett till några åtgärder. Resten har inte blivit föremål för någon systematisk analys. Diarieformuleringarna tyder på att anmälningarna ofta handlat om diskriminerande bemötande. DO:s uppdrag och resurser måste ses över så att anmälningar kan åtgärdas och analyseras.

Det finns på många områden bristande kunskap om åsrika. Den som läser detta program uppmärksamtar märker att det återkommer i flera avsnitt att det behövs mer kunskap, mer statistik och mer forskning. Med mer kunskap om åsrikas villkor och behov kan fördomar motverkas och samhällets insatser, där sådana behövs, bli mer träffsäkra.

Årsrika en tillgång i och efter arbetslivet

Vår utgångspunkt är i grunden ganska enkel, åtminstone för liberaler: Den som vill fortsätta förvärvsarbete ska naturligtvis få göra det, även om hen har levt länge. Men det finns också många andra mer pragmatiska skäl att förlänga arbetslivet för fler. 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. Att allt fler lever allt längre är en av vår tids största framsteg, men det skapar också utmaningar. Vi börjar arbeta allt senare i livet samtidigt som vi lever allt längre efter pensioneringen. I dag tillbringar vi i genomsnitt 40 år i arbetslivet – det vill säga något mindre än halva vår medellivslängd. Under den tiden måste vi tjäna in till våra pensioner och till de välfärdstjänster vi kommer att behöva under hela livet. För att fortsatt ha en hög kvalitet på välfärdstjänsterna och rimliga nivåer på pensionerna, krävs helt enkelt att fler arbetar längre.

Det är också helt nödvändigt för väl fungerande produktiva arbetsplatser, att där också finns årsrika personer. Forskning visar att arbetsgrupper med blandade åldrar fungerar bäst, och att årsrika i genomsnitt har bättre förmåga att lösa komplicerade problem och konflikter, de är bättre på att prioritera – och de har lägre frånvaro. Livserfarenhet är en oundgänglig kompetens på en allt mer komplex arbetsmarknad.

Dagens 65-åringar är i genomsnitt väsentligt piggare än gårdagens. Enligt en studie från IFAU skulle sysselsättningsgraden bland 65–69-åringar kunna vara 68 procent högre, om de arbetade lika mycket som 50–54-åringar med motsvarande hälsa.¹

Men attityder, hos arbetsgivare, de årsrika själva och i samhället i stort gör att många slutar förvärvsarbete just vid 65-årsdagen. I en undersökning som AMF gjorde för några år sedan framgick att en överväldigande majoritet gått i pension i första hand för att de hade uppnått den ålder då det förväntades av dem. Mindre än var tredje kvinna och var sjätte man hade gått i pension av hälsoskäl.

Man kan (och bör) inte förändra attityder genom politiska beslut. Men vi kan vara tydliga med vår egen attityd – att det är bra för både individer och samhälle om fler stannar längre i arbetslivet. Framförallt kan vi se till att undanröja de hinder som finns för ett längre arbetsliv.

Varje arbetad timme är värdefull. Många årsrika som inte längre är intresserade av att arbeta heltid, gör gärna kortare insatser. Reglerna för att kombinera arbete eller egenföretagande på deltid med pension bör vara enkla och förmånliga. Det är välkommet att flera kollektivavtal innehåller lösningar för hur människor kan gradvis trappa ner sitt arbete, och på så sätt förlänga sitt arbetsliv.

En förutsättning för att stanna länge i arbetslivet är att man kan fortsätta vidareutbilda sig hela livet och att det finns möjlighet att ändra yrkesinriktning. Det är en myt att äldre har svårt att lära nytt.

1 IFAU Rapport 2015:24 "Kan vi jobba tills vi blir 75? Vad säger mikrodata om hälsa och arbetskapacitet bland de äldre i arbetskraften?" <http://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2015/r-2015-24-kan-vi-jobba-tills-vi-blir-75.pdf>

Den tid är sedan länge förbi då man skaffade en examen när man var 25 år gammal och sedan klarade sig på den utbildningen hela livet. Det betyder att det behövs system för att finansiera studier som tar hänsyn till att den som är mitt i livet har andra levnadsomkostnader än den som ännu inte bildat familj. Ett sätt kan vara att skapa någon form av kompetenssparande där den enskilde, arbetsgivare och stat gemensamt finansierar studierna.

Även den som på grund av en funktionsnedsättning har en daglig verksamhet inom LSS i stället för ett reguljärt arbete bör få stanna så länge orken och viljan finns. Att slå sönder trygghet, rutiner och sociala nätverk för den som fyller 65 är illa, kanske särskilt för den som har en intellektuell funktionsnedsättning.

En tillgång också efter pensioneringen

Inom många yrken 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 kommuner 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.

I länder med som ligger längre fram i den demografiska utvecklingen med en mer åsrik befolkning finns exempel där personer återinträder på arbetsmarknaden efter några års pensionering. Det kan bero på allt från förändrad familjesituation, ekonomiska eller andra skäl. I Chicago finns exempel på arbetsgivare som har startat återintroduktionsprogram för åsrika som vill återvända till förvärvsarbete. Dessa medarbetare är mycket uppskattade.

Många väljer att efter pensioneringen bli medlemmar i någon pensionärsorganisation, Röda korset eller någon annan civilsamhällesorganisation. Här medverkar de i en mångfald av aktiviteter som väntjänst, kulturella arrangemang mm., mm. Det har ett mycket stort värde både för samhället och för de människor som deltar. Genom att synliggöra detta i offentlig statistik torde en del ålderism kunna motverkas.

Trots ökad tillgång till information och medier är många människor idag inte politiskt tillfreds. De känner sig vara på avstånd från det politiska beslutsfattandet, och tycks ofta ta ställning emotionellt och inte rationellt. Vi kan motverka en sådan ökad isolering genom att stödja vidgade dialoger i samhället. Sveriges Kommuner och Landsting har samlat flera hundra värdefulla exempel på medborgardialoger som pågår i kommuner landet runt. Här kan medborgarna ge synpunkter och även delta i beslutsfattandet. Åsrikas erfarenheter kan här vara särskilt värdefulla. Vi välkomnar att allt fler kommuner uppmärksammar det demokratiskt betydelsefulla i vidgade medborgardialoger som en del i styrningen av den kommunala verksamheten.

Lägg friska år till livet

Vår politik syftar till att de friska åren ska bli fler, och att öka självständigheten och egenmakten för dem som behöver stöd.

Både Världshälsoorganisationen (WHO) och EU har understrukt vikten av insatser för aktivt åldrande för att bevara den resurs åsrika människor utgör i samhället. Det är viktigt att människor känner sig behövd, att de har en aktiv roll under hela livsresan, också den allra sista sträckan.

Forskning visar att mycket står att vinna både för individerna själva och samhällsekonomin genom skadeförebyggande åtgärder, hjälp till rökstopp, hjälp mot överbruk av alkohol, främjande av gott näringstillstånd och god tandhälsa, fysisk aktivitet och optimal läkemedelsbehandling.

Att göra något är alltid bättre än att göra inget. Den som sjunger i kör, spelar tv-spel, löser korsord eller helt enkelt bara umgås insjuknar senare i demenssjukdomar än den som är passiv². Därför är det viktigt med goda villkor för de civilsamhällesorganisationer som arbetar med aktiviteter för och med åsrika.

Kommuner kan främja ett aktivt och hälsosamt liv bland äldre också i samhällsplaneringen, genom att se till att det finns promenadstråk, att snöröjningen gör det möjligt att promenera med rollator också på vintern, att anlägga utegym som går att använda även för den som inte är urstark och annat som kan tänkas inspirerar till aktivitet bland åsrika, som till exempel boulebanor.

En del landsting och regioner erbjuder hälsosamtal till alla till exempel det år de fyller 75 år, en del genom hembesök. Där pratar man dels om vanor och livsstil, om hälsan nu och hur den kan komma att utvecklas, samt vart man vänder sig för stöd och hjälp. Ibland ingår en enklare hälsoundersökning.

Primärvården i samverkan med andra samhällssektor har en viktig roll att spela för att främja hälsa men erfarenheten visar att den har begränsade resurs för ett aktivt folkhälsoarbete, inte minst när det gäller samarbete med andra samhällsaktörer. Detta arbete behöver stärkas.

En bortglömd aspekt av åsrikas hälsa är mun och tänder. Idag har människor kvar sina egna tänder högt upp i åldrarna, vilket var ovanligt för bara någon generation sedan. Det är viktigt att de sköts väl dels för att människor ska kunna tillgodogöra sig maten, dels av kosmetiska skäl. Det betyder mycket för självkänslan att kunna le med tänderna i behåll. Här finns uppenbara brister i tandvården idag för åsrika människor. Tandvårdsstödet bör stegvis förstärkas, i första hand för dem med låga inkomster. Inriktningen bör vara dels förebyggande tandvård, dels de som har de allra största behoven.

Allt fler bor en kortare tid på särskilt boende. Därför bör ökade insatser göras inom hemtjänsten för att arbeta med munhälsa. Särskild hänsyn bör tas i biståndsbedömningen för munhygien hos personer med demens.

2 Se t ex [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(16\)00062-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(16)00062-4/fulltext)

Bo bra också som årsrik

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. Utredningen 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 en förbättring av tillgängligheten i befintliga bostäder samtidigt som det behöver byggas 360 000 fler bostäder för seniorerna fram till 2030.

Tillgängliga bostäder lönar sig. En hissinstallation betalar sig efter bara något år, om den kan skjuta upp en enda persons flytt till vård- och omsorgsboende.

Att bygga bostäder som årsrika efterfrågar är ett effektivt sätt att få igång en 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.

Trygghetsboenden är en relativt ny boendeform. Vi är övertygade om att denna mellanform där den årsrike får precis så mycket hjälp den behöver för att klara ett eget boende är bra för självkänsla, fysisk och mental hälsa, den är effektiv och samhällsekonomisk gynnsam.

Samhället behöver skapa en beredskap för att fånga upp initiativ från de årsrika som enskilt, eller i grupp, vill engagera sig i sitt eget boende. Vi behöver en palett av olika boenden som svarar mot de olika behov som finns. Förutom seniorboenden i form av bostadsrätter finns också möjligheten till kooperativ hyresrätt. Det är viktigt att se till att bostadskonsumenter får en stark ställning på marknaden. Skatte- och byggregler bör utformas så de inte lägger onödiga hinder i vägen. Även olika former av generationsboende bör underlättas

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.

Sedan sekelskiftet har 32 000 platser i vård- och omsorgsboenden försvunnit och väntetiderna till dem har ökat i en rad kommuner. Boendetiderna har blivit kortare därför att de som flyttar in är sjukare än tidigare. Det finns vård- och omsorgsboenden där man nu har inredda våningar därför att de som kommer dit har så kort tid kvar att leva att det är meningslöst att möblera upp dem med patientens egna möbler. Genom platsbristen ökar också trycket på anhöriga att ställa upp med vård- och omsorgsinsatser, inte sällan till men för deras hälsa och välbefinnande.

Bristen på platser i vård- och omsorgsboende förvärras av att steget dessförinnan i princip saknas. Vår vision är att det ska finnas ett tillräckligt stort utbud av lägenheter dit man kan flytta utan behovsprövning, som är tillgänglighetsanpassade, ligger nära kollektivtrafik, service och aktiviteter och där det finns gemensamhetslokaler och möjlighet att äta tillsammans – det som enligt Boverkets definitioner kallas trygghetsboende. Där bör det vara möjligt att bo tryggt med hög livskvalitet, med hemtjänst om det behövs, i stort sett hela livet.

Med tillräckligt många lämpliga bostäder för dem som inte har så stora behov, kan vård- och omsorgsboenden ännu tydligare anpassas för de allra sjukaste

Det räcker dock inte att det finns tillräckligt många bostäder som är lämpliga för årsrika, de måste också vara möjliga att efterfråga. Eftersom de ofta är nyproducerade är hyrorna höga. Taket i bostadstillägget behöver höjas så att det rymmer också hyran för en nyproducerade smålägenhet. Det finns hyresvärdar – även kommunala – som säger nej till hyresgäster med låg pension, utan

att ta hänsyn till att de kanske har pengar på banken. Bankers ovilja att låna ut pengar till åsrika handlar ibland mer om ålderism än om en rimlig kreditvärdering. Den så kallade flyttskatten, reavinstskatten, är särskilt betungande för den som bott länge i sin bostad.

Ett betydande hinder för många åsrika att flytta till en bättre anpassad bostad är att själva flytten är krävande. Därför är det bra att RUT-avdraget från 1 augusti 2016 också omfattar flyttjänster. Det vore välkommet om det skapar förutsättningar för mer kvalificerade flyttjänster som också innebär rådgivning om hur man kan anpassa sitt bohag till en mindre bostad, samt hjälp att avyttra det som inte längre får plats.

Självständig längre med ny teknik och nya tjänster

Den tekniska utvecklingen innebär fantastiska möjligheter att öka åsrika människors självständighet, delaktighet och livskvalitet. Rut-tjänster och hemleverans av matkassar kan i stor utsträckning ersätta hemtjänst för den som inte behöver omvårdnad.

En städrobot kan (än så länge) inte helt ersätta vanlig dammsugning, men den kan hålla snyggt mellan hemtjänstens eller RUT:s besök. Ett träningsarmband förknippas ofta med hängivna elit-motionärer som vill hålla koll på sin träning. Det kan förstås vara motiverande också för åsrika motionärer! Men samma teknik kan också användas för smarta trygghetslarm, som övervakar till exempel puls eller blodtryck och larmar om något verkar vara på tok. Ett GPS-armband kan göra att en demenssjuk person kan fortsätta gå på sina älskade ensamma promenader, utan att riskera att försvinna. En digital katt eller säl kan vara sällskap också för den som inte längre kan ta hand om ett husdjur. Särskilda dataspel kan hjälpa till att bibehålla och utveckla kognitiva funktioner. I Japan är det vanligt sedan decennier med toaletter som kan tvätta och torka. Det är mycket värdefullt för integriteten – och förebygger urinvägsinfektioner, som kan medföra allvarliga hälsoproblem för äldre.

I några kommuner kan de med hemtjänst välja kameraövervakning i stället för nattpatrull. Människor tycker förstås olika, men många tycker det är mindre integritetskränkande och mindre störande med en kamera än ett besök av hemtjänsten mitt i natten. Det finns också smarta kameror, som utan att någon människa tittar kan larma om den skulle se något annat än en människa som sover lugnt.

Den teknik vi tar för självklar i andra delar av vår vardag, måste också bli självklar i vården och äldreomsorgen. Patienter och anhöriga behöver få tillgång till smarta e-hälsotjänster för exempelvis nå den egna journalen, boka tid på webben och träffa läkaren via videolänk. Kroniska sjukdomar kan behandlas säkrare och bättre genom att patient och läkare kan rapportera och följa värden kontinuerligt med en hälsoapp. Hemsjukvården ska självklart ha tillgång till journal och läkemedelslista även när de gör hembesök, till exempel genom en surfplatta.

Men den omställningen går alldeles för långsamt. Sjukvården är högteknologisk, men IT-stödet ligger långt efter det övriga samhället. Detsamma gäller för äldreomsorgens dokumentation, som ofta är i krångliga och krånglande system, som stjäl tid i stället för att underlätta. Konsultföretaget McKinsey räknar med att bara hälso- och sjukvården skulle kunna spara 180 miljarder kronor på bättre IT-stöd, men då måste man först investera.

Det är i stor utsträckning en fördom att åsrika personer inte har erfarenhet av eller förstår sig på digitala tjänster. Datorer var vardagsmat för alla med kontorsarbete redan på 1980-talet. Under några år kring sekelskiftet fanns förmånliga skatteregler för att skaffa hemdator. De som var nära pensionsåldern då är över 80 idag. Det är naturligtvis viktigt att digitala tjänster är användarvänliga, och att det finns lösningar också för den som inte har en dator eller smarttelefon, men inte just för åsrikas skull utan för att den finns personer i alla åldrar som inte vill eller kan använda tekniken.

Den här utvecklingen bör bejakas, utnyttjas och underlättas. Samtidigt måste beslutsfattare ställa tydliga krav. Videomöten ska användas för att det ska bli möjligt att hålla kontakt oftare, inte för att spara in på de mänskliga möten som den åsrike önskar och behöver. Robotar och andra tekniska hjälpmedel ska användas för att frigöra tid till den enskilde – eller för att den som helst vill vara ifred ska få vara det. Tekniken måste användas med samtycke från den enskilde och med respekt för hens integritet.

Väl utvalda hjälpmedel, oavsett om de är högteknologiska eller av enklare slag, kan öka människors självständighet och minska behovet av vård och omsorg. Den svenska uppfinningen rollatorn har till exempel inneburit kraftigt ökad rörelsefrihet för människor med gångsvårigheter. Tyvärr tar man inte alltid tillräcklig hänsyn till de vinsterna när hjälpmedel förskrivs. Det finns exempel på landsting som inte förskriver utomhusrollatorer, eftersom det är ett "fritidshjälpmedel" och därmed ingen lagstadgad skyldighet att erbjuda. Konsekvensen blir att de åsrika antingen blir passiva inne-sittare med sämre hälsa och ökat vårdbehov – eller att de använder innerrollatorn utomhus med risk för fallolyckor och frakturer.

Idag är landsting, regioner och kommuner skyldiga att erbjuda hjälpmedel om man behöver det men de bestämmer själva vilka regler och avgifter som ska finnas. Därför varierar det vad man kan få, vad det kostar och vart man vänder sig för att få tillgång till hjälpmedel. Det behövs tydligare nationell styrning av rätten till hjälpmedel, och ambitionsnivån behöver höjas på många håll.

Mer makt åt de åsrika i äldreomsorgen

De sista åren ska vara lika mycket värda som de första, och omges med lika mycket omsorg och kärlek.

Äldreomsorgen i Sverige är i huvudsak bra. I de nationella undersökningar som Socialstyrelsen genomför svarade 89 procent av dem som har hemtjänst och 82 procent av dem i särskilt boende att de är nöjda med sin äldreomsorg. Det är dock en klen tröst för dem vars äldreomsorg är dålig. Ingen ska behöva vara orolig för att inte få äldreomsorg när de behöver, och ingen ska behöva vara orolig att den inte är tillräckligt bra.

Hur behoven tillgodoses varierar från kommun till kommun. Att lösningarna ser olika ut är i sig inte något problem – tvärtom innebär det kommunala självstyret att nya idéer prövas och utvecklas. Däremot är det ett problem när skillnaderna i kvalitet blir alltför stora, och den som bor på ena sidan en kommungräns kan få tillgång till mycket bättre hemtjänst än den som råkar bo på den andra.

Möjligheten att få tillgång till sociala aktiviteter som den äldre personen trivs med, att få komma ut i friska luften om hon eller han så vill, eller kunna få mat lagad av hemtjänsten i stället för en matlåda borde inte bero på var den äldre personen råkar bo. Det är så grundläggande kvalitetsaspekter på äldreomsorgen att det borde erbjudas överallt.

Det sociala innehållet i äldreomsorgen kan med fördel utvecklas i samarbete med civilsamhället. Många pensionärsorganisationer, Röda korset, religiösa samfund och studieförbund organiserar såväl aktiviteter som volontärsatser som promenader och ledsagning.

Alla är olika, också när vi blir åsrika

I äldreomsorgen behandlas åsrika i hög grad som ett kollektiv. Samma lösningar erbjuds till alla, ofta med en förment klapp på huvudet. De 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. Därför är det viktigt att värna och utveckla de valfrihetsreformer som genomfördes av alliansregeringen. Det ska vara självklart att själv få bestämma vilket hemtjänstföretag man vill anlita, och vilket äldreboende man ska flytta till när det behövs.

Men det behövs också mycket mer makt till den enskilde över innehållet i omsorgen till vardags. Fyrkantig biståndsbedömning och byråkratiska regelsystem i kombination med knappa resurser gör att enskilda människor ibland får mycket lite att säga till om. Trots att socialtjänstlagen och dess förarbeten är mycket tydliga med att omsorgen ska utgå från den enskildes önskemål är den i praktiken ofta hårt detaljstyrd, ibland ner till hur enstaka minuter ska användas.

Ett konkret exempel på när äldre med omsorg själva borde få mer att säga till om är vad de ska äta och hur det ska lagas. God och näringsrik mat samt trivsamma måltider är framförallt en

fråga om värdighet och livskvalitet, men det är också viktigt för att förebygga undernäring och för att medicinska behandlingar ska få avsedd effekt. I hemtjänsten borde det vara en självklarhet att alla som behöver hjälp med maten ska kunna få den lagad hemma. Lika självklart bör det vara att kunna få matlådor om man föredrar det, och då ska det finnas flera olika leverantörer att välja på. Den som bor på äldreboende bör alltid ha flera rätter att välja på.

Allt fler åsrika 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. Det är man själv, inte en kommunal tjänsteman, som då avgör om mangelade lakan tillhör skälig levnadsnivå. I många kommuner är också timkostnaden efter RUT-avdrag lägre än avgiften för hemtjänst. Redan idag är kvinnor över 75 år den grupp som är mest överrepresenterad bland RUT-användarna).

Vi menar att RUT-tjänster på sikt helt bör ersätta hemtjänsten för dem som bara behöver servicetjänster, inte omvårdnad. Det ökar äldres självbestämmande, samtidigt som kommunens handläggare får mer tid till dem som har stora behov och till uppföljning av kvaliteten. Det innebär dock dels att matlagningstjänster åter behöver omfattas av RUT-avdraget, dels att man behöver omvandla avdraget till ett bidrag för dem låga inkomster.

De som behöver omvårdnad av hemtjänsten bör dock kunna få servicetjänster från samma utförare, dels för kontinuitet och trygghet, dels för att till exempel matlagning tillsammans med hemtjänsten kan vara både ett sätt att träna och behålla förmågor och ge ett socialt innehåll.

Det behöver samtidigt finnas större möjligheter för kommuner att använda sig av förenklad biståndsprövning och öppna insatser. Det kan innebära att den som uppnått en viss ålder kan vända sig direkt till en utförare, och först om hjälpbehovet är stort eller om den äldre är missnöjd görs en formell biståndsbedömning. Även detta frigör tid och resurser för kommunerna. Detta arbetssätt kräver dock lagändringar för att bli förenligt med socialtjänstlagen och kommunallagen, som kräver individuella beslut.

Att äldreomsorgen behöver bli mindre fyrkantig och regelstyrd gäller på många nivåer. Några kommuner har provat att erbjuda korttidsboende på till exempel Mallorca. I en del äldreboenden finns djur som hundar och katter som är glädje och sällskap. Det finns begränsat med forskning, men det förefaller också som att djuren dels kan minska behovet av lugnande läkemedel, dels kan motivera till träning. Det är ofta roligare att kasta boll med en hund än med en fysioterapeut. Sådana här initiativ ska bejakas, inte begränsas av stelbenta regelverk.

Ett sätt att stärka åsrikas ställning är att införa en lokal, oberoende äldreombudsman, som dels kan ge vägledning om vilken hjälp man kan få, och hur man klagar om man inte är nöjd, dels kan göra egna granskningar om äldreomsorgens kvalitet.

Personalen är viktigaste kvalitetsfaktorn

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, tillräckliga språkkunskaper är nödvändiga för att kunna dokumentera och ibland specialiserade kunskaper inom exempelvis demens. När det inte handlar om ensamarbete kan det tvärtom vara värdefullt med en mix, där kvalificerad personal utför kvalificerade uppgifter, medan den som har liten erfarenhet eller utbildning kan avlasta de enklare uppgifterna.

Första linjens chefer i hemtjänst och äldreomsorg har en nyckelroll. Det är ett tungt ansvar att följa politiska beslut, lagar, riktlinjer och budgeten samt för att handleda sin personal. Allt för

många chefer har direkt personalansvar för 40 medarbetare eller fler. Under sådana förhållanden är det svårt att styra och utveckla verksamheten. Cheferna måste ges utbildning och förutsättningar att utöva sitt ledarskap.

Årsrika från en mångfald av länder

Andelen av befolkningen som är född utomlands har ökat under lång tid och närmar sig en femtedel i befolkningen som helhet. Andelen bland årsrika är mindre, men det är ändå ett betydande antal. Det fanns 2015 drygt 243 000 personer i Sverige som är födda utomlands. De har många olika bakgrunder, kulturer, språk och religioner. En del har kommit hit som flyktingar, andra som anhöriginvandrare eller arbetskraft.

I områden med en större andel utlandsfödda behövs äldreomsorg tidigare. Det är inte ovanligt att äldre människor glömmer språk de lärt sig senare i livet. Särskilt svårt kan det vara att uttrycka känslor på det nya språket svenska. Samtidigt har personer med utländsk bakgrund ofta dålig kunskap om hur den svenska äldreomsorgen är utformad och vad de kan förvänta sig av den. Det är välkommet med äldreomsorg, både boenden och hemtjänst, med språk- och kulturprofil.

Årsrika med flyktingbakgrund kan drabbas av posttraumatisk stress (PTSD) sent i livet. Ibland utlöses den, eller förvärras, av demenssjukdomar. Det behövs mer forskning och kunskap i vård och omsorg för att möta detta.

Anhöriga ska inte slitas ut

En betydande andel av all äldreomsorg utförs av anhöriga. Anhörigas riksförbund räknar med att 1,3 miljoner personer i Sverige som ger vård och omsorg till anhöriga (detta inbegriper dock även omsorg om personer med funktionsnedsättning). Oftast är det frivilligt och med glädje, även om det är tungt ibland. Det är viktigt att hemtjänst och boenden har så hög kvalitet att ingen känner sig tvungen att vara anhörigvårdare.

Sedan 2009 är kommunerna enligt socialtjänstlagen skyldiga att erbjuda olika former av stöd åt anhöriga som vårdar sina nära, men ambitionsnivån och innehållet i stödet skiljer sig mycket åt mellan kommunerna.

Vi vill därför utveckla anhörigstödet och minska skillnaderna mellan kommunerna. Det måste också bli lättare att förena anhörigstöd med arbete, till exempel genom rätt till tjänstledighet och rätt till deltid. Så kallade anhöriganställningar är vi däremot tveksamma till. Risken är stor att de blir en kvinnofälla, särskilt bland dem som har sin bakgrund i patriarkala kulturer.

Den som avstår arbete för att vårda en nära anhörig kan få närståendepenning från försäkringskassan, men bara om den anhörige är livshotande sjuk. I takt med att samhällsekonomin så tillåter bör det också vara möjligt att få ersättning till exempel när en anhörig behöver ledsagning till läkarbesök.

Den som tar ett stort ansvar som anhörigvårdare måste få avlastning ibland för att orka. Kommuner bör vara generösa med avlösningstjänster och korttidsboende.

Bland personer med utländsk bakgrund är det särskilt vanligt att framförallt kvinnor tar ett mycket stort ansvar som anhörigvårdare. Det är viktigt att information om vad äldreomsorgen kan erbjuda ges på många språk och på ett sätt som når ut i invandrargrupper så att anhörigvården verkligen sker frivilligt, inte på grund av plikt eller traditioner man själv inte vill leva med.

För bara några decennier sedan var det få barn med omfattande intellektuella funktionsnedsättningar som nådde vuxen ålder. Idag är deras förväntade levnadsålder vid födseln omkring 60 år. Deras föräldrar har en särskild utmaning som anhörigvårdare. De har ofta tagit ett stort ansvar, och det är inte ovanligt att barnen bott kvar i föräldrahemmet hela livet. Men i takt med att allt fler med intellektuella funktionsnedsättningar lever längre, blir det också vanligare med åsrika föräldrar som inte längre orkar vara anhörigvårdare. Här behövs en större beredskap från det offentliga att ta över i tid, innan de anhöriga har slitit ut sig.

Vid livets slut

Människors självbestämmande och önskemål måste respekteras också när livet går mot sitt slut. Människor måste genom samtal med sin behandlande läkare, med sina anhöriga eller i skrift i t.ex. genom ett så kallat vårddirektiv (det förekommer också att det kallas vårdtestamente eller framtidsfullmakt) kunna uttrycka hur de ser på livsuppehållande behandling. Ingen ska tvingas på medicinska insatser de inte vill ha.

Detta är i linje med Svenska Läkaresällskapets och Socialstyrelsens inställning till 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 palliativ behandling. För patienter som inte längre kan uttrycka sin vilja ska tidigare uttryckt önskan om att avstå, påbörja eller avbryta livsuppehållande behandling respekteras.

Den som är döende ska inte skickas till akuten annat än i undantagsfall, utan få stanna i trygg miljö med anhöriga (eller känd personal) vid sin sida. Därför är det viktigt med tydliga brytpunktsamtal så att både anhöriga och omsorgspersonal är införstådda dels med att döden är nära, dels med den döendes önskemål för denna tid.

Livsleda är ett problem som uppmärksammas förhållandevis litet. Det finns åsrika människor som uttalar att de nu är färdiga med livet, att de ber i sin aftonbön att slippa vakna en morgon till. Bland de människor som årligen begår självmord i Sverige är en fjärdedel 65 år eller äldre. Män är här i majoritet. I siffran inbegrips inte de som avlider efter att ha slutat äta och dricka. Det finns mycket litet forskning om de bakomliggande orsakerna och vad som kan göras för att förebygga och hjälpa.

En sammanhållen hälso- och sjukvård

Även om åsrika personer är friskare längre 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 att vården är tillgänglig dygnet runt och att det finns möjlighet till hembesök. Det kräver kompetens i geriatrik och gerontologi hos såväl de läkare som de äldre patienterna möter, som hos övrig personal.

En väl utbyggd hemsjukvård är särskilt viktig för den som är skör. Vård- och omsorgsboenden bör ha en fast läkarkontakt. Det är nästan alltid bättre att få sin vård i hemmet än att åka in till akuten.

En organisationsform som är lovande är äldrevårdcentraler, ÄVC. 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 åsrika 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.

En sammanhållen vård- och omsorg 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. de har under ett år 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. Det är vanligt med riskfylld användning av läkemedel i form av samtidig förskrivning av tio eller fler läkemedel. De multisjuka 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). Varje multisjuk äldre person får därigenom tillgång till ett eget äldrevårdsteam med namngivna personer som ansvarar för att ge en sammanhållen vård. Gemensam journal förs. I teamet ingår husläkare eller geriatriker, sjuksköterska och efter behov sjukgymnast, logoped, farmaceut, kurator, arbetsterapeut och fotvårdsspecialist. Viktigt är att samtliga i teamet har utbildning i geriatrik och gerontologi. I teamet bör också biståndshandläggaren ingå med den koppling hen har till hemtjänsten eller vård- och omsorgsboendet.

Säker läkemedelsanvändning

Trots stora insatser under många år för att förbättra läkemedelsbehandlingen av årsrika människor har vi fortfarande problem med läkemedelsskador och underbehandling till följd av felaktigt val av läkemedel, fel dosering, felaktiga kombinationer, felaktig hantering och användningsfel.

Samtidigt är grund- och vidareutbildningen av läkare, tandläkare och sjuksköterskor i ämnena geriatrik och klinisk farmakologi mycket knapphändig, liksom utbildningen av andra yrkesgrupper som arbetar inom äldreomsorgen om vad man ska tänka på vid användning av läkemedel.

Däremot gör pensionärsorganisationerna liksom en del patientorganisationer en positiv insats genom att satsa på information till sina medlemmar om vad de ska tänka på när de använder läkemedel.

Trots att vi i Sverige har ett rikstäckande, individbaserat receptregister, har förskrivarna inte tillgång till aktuella och korrekta uppgifter om en patients läkemedelsbehandling så att kvalitet och säkerhet kan säkerställas. Det finns ett långt gånget arbete för en sådan nationell läkemedelslista, men den sista pusselbiten, en lagändring, saknas.

Nej till ålderism i vården

Det är alltför vanligt att vilka undersökningar, vilken behandling och vilken rehabilitering som erbjuds i vården styrs av fasta åldersgränser snarare än individuella behov. Två snarlika exempel är att Socialstyrelsen rekommenderar screening mot bröstcancer för kvinnor 40-74 år och screening mot tjock- och ändtarmscancer för alla i åldern 60-74 år. Den nedre åldersgränsen har i båda fallen en medicinsk motivering, men den övre åldersgränsen är satt utifrån att forskningsstudier av praktiska skäl görs mest på yngre personer, och därför kan man inte påvisa att screening gör nytta också för äldre. Det finns med andra ord inte heller några studier som visar att det inte gör nytta.

En betydande andel av cancerfallen, inträffar dock bland människor som är över 74 år. Det betyder att många som drabbas av sjukdom har hunnit passera den övre gränsen för screening och därmed riskerar sen upptäckt. Det finns ingen anledning att tro att inte också de som passerat den valda åldersgränsen skulle ha nytta av screening för de aktuella sjukdomarna.

Våld och övergrepp mot äldre

Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat våld och övergrepp mot äldre som ett folkhälso-problem för att det är så vanligt. Det är dessutom ett tabubelagt sådant. Man talar inte om det.

I internationella studier uppskattar man att omkring fem – sju procent av åsrika människor utsätts för våld och övergrepp i nära relationer. Den senaste kartläggningen i Sverige gjordes 2012 på Gotland och visar att där hade 15 % av människor 65 år äldre utsatts för våld och övergrepp främst i det egna hemmet. Det här är siffror på samma nivå som dem från en kartläggning i Umeå år 2000.

Det våld och de övergrepp det handlar om är finansiellt – när anhöriga, söner och döttrar, tillskansar sig mammas eller pappas tillgångar – eller psykiskt i form av kränkningar samt fysiskt, dvs. knuffar, slag mm. Internationellt räknas också vanvård som övergrepp. Våldet och övergreppen blir inte kända därför att som maka/ make, sambo, särbo eller förälder går man inte till polisen eller socialtjänsten och anmäler brottet. I sjukvården berättar man inte att de skador man fått beror på våld och sjukvården tror att det rör sig om rena fallskador. Åsrika människor är ju ”litet yrsliga”. Offret tigger och lider och skäms ofta över situationen.

I länder som England, Kanada och Australien har man sedan länge uppmärksammat problemet och att denna tystnad och detta osynliggörande av våld och övergrepp mot åsrika människor måste brytas.

I Nederländerna har man tagit fram en nationell handlingsplan för att hjälpa brottsoffren och satsar under fyra år 10 miljoner Euro per år för att åtgärda problemet.

I Sverige har en nationell strategi mot våld och övergrepp mot äldre antagits 2014 men den omfattar endast vård och omsorg, inte rättsväsendet. Socialstyrelsen har tagit fram underlag men fortfarande är det ganska få kommuner som visat intresse för att göra något. Orden har stannat på pappret.



www.liberalerna.se

info@liberalerna.se

[@liberalerna.se](#)

Presstjänsten: 070-854 90 20 (ej SMS)