

# VÅRD- OCH OMSORGS- POLITISKT PROGRAM



SRF  
SENIORERNA

# Vård- och omsorgspolitiskt program

Beslutat vid SPF Seniorernas kongress den 13–15 juni 2017. Uppdaterat av förbundsstyrelsen vid sammanträdet den 3 december 2019.

## 1.1 Ansvar och samverkan för vården och omsorgen

Vi eftersträvar en sammanhållen och effektiv hälso- och sjukvård samt omsorg med bättre samverkan. Detta är en målsättning oberoende av huvudmannaskap för äldresjukvården och äldreomsorgen.

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Håll samman vård och omsorg och ställ krav på samverkan för äldresjukvård och äldreomsorg.
- Undanröj bristen på läkare och sjuksköterskor.
- Se över möjligheten att skydda yrkestiteln ”undersköterska” bl.a. genom att införa legitimation.
- Möjliggör för kommuner att anställa läkare.
- Skärp socialtjänstlagen så att det allmänna ska tillförsäkra även seniorer ”goda levnadsvillkor” och därmed ställer samma krav som lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Undvik stafettanställda.

## 1.2 Människan i centrum

Vi vill ha en hälso- och sjukvård samt omsorg som ser hela människan, sätter individen i centrum för insatserna, ger individen inflytande och rätt att välja sin vård och omsorg

### Personcentrerad vård och omsorg

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Prioritera äldres vård och omsorg.
- Inrätta äldrevårdsmottagningar med personal som har geriatrisk kompetens.
- Vårdens aktörer ska samverka och utgå från den enskilda patientens behov.
- Inför ett förhållningssätt som utgår från den enskildas vård- och omsorgsbehov, och som följs av all personal och beslutsfattare inom svensk äldrevård och -omsorg.

### Teamarbete

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Skapa modeller för samverkan och inför dem för politiker, tjänstemän och för de vård- och omsorgsanställda.

- Inrätta arbetslag – vård- och omsorgsteam – anpassade efter den enskilda patientens behov, integrerade med alla relevanta kompetenser från både region och kommun, och med kommunen som huvudman.
- Ge arbetslagen tillgång till alla relevanta kompetenser från både kommun och region, gör anhöriga och närstående delaktiga i arbetslagen samt låt kommunen vara huvudman.

## **Inflytande**

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Säkerställ den enskildes inflytande och medbestämmande över hur och när hemtjänst ska utföras.
- Informera patienter om sjukdomen och om rätten till ny medicinsk bedömning.
- Alla över 75 år ska få rätt att bli inskrivna i en äldreomsorgsmottagning.
- Inrätta lokala vägledare inom kommunernas äldreomsorg.
- Sveriges kommuner och regioner, SKR, ska säkerställa att skillnaderna i utbud och avgifter för hjälpmedel inte är orimligt stora.

## **Journalssystem**

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Minska den administrativa bördan för vård- och omsorgspersonal.
- Säkerställ att patientinformation följer den enskilda patienten och är tillgänglig för den personal som har vårdansvaret.
- Se till att interaktiva verktyg (e-hälsa, välfärdsteknik, distansvård/konsultation m.m.) skapas för att åstadkomma samverkan mellan aktörerna i vården av äldre och inkludera den enskilda i sin egen vårdprocess, samt utvärdera dessa verktyg.
- Se till att regioner och kommuner har intelligenta journalssystem som själva kan dra slutsatser och fungera som beslutsstöd.
- Skapa regler för en gemensam IT-plattform för all administration, journalssystem och välfärdsteknik.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Minska den administrativa bördan för vård- och omsorgspersonal.
- Inför intelligenta journalssystem som själva kan dra slutsatser och fungera som beslutsstöd.

## **Välfärdsteknik**

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Ge myndighet i uppdrag att systematiskt analysera och bygga upp kunskap för att identifiera risker, nytta och värde med den digitala tekniken samt hur stödet ska utformas för myndigheter och kommuners utvecklingsarbete.
- Ge myndighet i ansvar att kontinuerligt undersöka seniorers och tänkta användares inställning till användning av välfärdsteknik.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Gör användarna delaktiga i anpassningen av välfärdsteknik.
- Ge seniorerna tillgång till lättillgänglig information om den välfärdsteknik som står till buds, fler möjligheter till dialog med omsorgen och mer insyn i patientinformationen.

### 1.3 Kompetens

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Säkerställ att Sverige har fler geriatriker och utöka deras ansvar.
- Utveckla äldrepsykiatrin.
- Öka statusen för seniorer och för att arbeta i äldreomsorg och -omsorg.
- Uppmärksamma och bekämpa fördomar, dåliga attityder och diskriminering mot seniorer.
- Säkerställ forskning om äldre med särskilda behov, t.ex. språk, kultur, hbtq+ och hiv.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Personal inom vård och omsorg ska ha geriatrisk kompetens när de anställs.
- Personal inom vård och omsorg ska ges obligatorisk vidareutbildning i geriatrik.
- Personal inom vård och omsorg ska ha minst 3 månaders praktik inom geriatrisk verksamhet.
- Utbilda alla yrkesgrupper på alla nivåer i vården och omsorgen för en bättre förståelse för äldres somatiska och psykiska sjukdomar.
- Säkerställ att personal i äldreomsorg och -omsorg har tillfredsställande kunskaper i det svenska språket och om svensk kultur.
- Säkerställ att personal i äldreomsorg och -omsorg har kunskapen om behovet hos äldre med annat språk och kultur än det svenska.
- Säkerställ att personal i äldreomsorg och -omsorg har kunskapen om äldre hbtq-personers särskilda behov.
- Utarbeta och besluta planer och styrdokument för att förbättra bemötande, vården och omsorgen för äldre personer med annat språk och kultur än det svenska samt för äldre hbtq-personer.

### 1.4 Omotiverade åldersgränser

I dag lever vi längre och är generellt sett friskare längre. Vid sidan av de mänskliga vinsterna finns därför även samhällsekonomiska vinster i att åtgärda diagnoser som man tidigare avstod från på grund av för kort beräknad återstående livslängd.

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Se över bestämmelser med omotiverade skillnader med hänvisning till ålder. Börja med lagstiftning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, äldreomsorg och socialförsäkring.
- Harmonisera socialförsäkringen med åldersbestämmelserna i pensionssystemet och säkerställ att framtida förändringar i systemet omhändertas
- Inför avgiftsfri screening för att upptäcka livshotande sjukdomar, utan någon åldersgräns.
- Ta bort övre åldersgränser för den screening som idag finns för screening av bröstcancer och livmoderhalscancer
- Säkerställ att de regionala skillnaderna i behandling av livshotande sjukdomar minskar och att vaccinationsprogram för äldre harmoniseras vad gäller innehåll och kostnader.

### 1.5 Stöd till anhöriga som ger vård och omsorg

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Ge ekonomisk ersättning till anhöriga som ger vård och omsorg, utan någon åldersgräns.

- Inför anhöriganställning eller hemvårdsbidrag, utan någon åldersgräns.
- Satsa på utveckling av evidensbaserade metoder för IT-stöd till anhöriga som ger vård och omsorg.

#### *SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Tillhandahåll utbildning, avlösning och psykosocialt stöd – gärna i kombination – till anhöriga som ger vård och omsorg.
- Se till att anhörigstödet är flexibelt och individanpassat.
- Ge utförlig och tillgänglig information om vilka rättigheter till anhörigstöd som finns.
- Uttryck uppskattning och markera stöd för den enorma insats som anhöriga gör till stöd för sina behövande anhöriga.
- Ge anhöriga tillräcklig kompetens och förutsättningar för att kunna göra en högkvalitativ insats.

## 1.6 Läkemedelsbehandling

#### *SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Säkerställ hög kunskapsnivå om läkemedel och äldre (farmakologi och geriatrik) inom alla medicinska specialiteter, särskilt hos allmänläkarna.
- Gör information om den enskilda patientens samtliga läkemedel tillgänglig för förskrivande personal.
- Seniorer med fem eller fler läkemedel ska regelbundet få sina läkemedel kontrollerade på apotek med stöd av EES (Elektroniskt expertstöd).
- Gör information om läkemedel för seniorer lättillgänglig och förståelig.
- Gör det möjligt för apoteken att för seniorer undvika alltför täta generiska utbyten av läkemedel.
- Gör det möjligt för apoteken att för seniorer undvika generisk utbyte av läkemedel under receptets giltighetstid.
- Kräv att alla läkemedelsbolag som levererar receptbelagda läkemedel ingår i patientförsäkringen.

#### *SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Öka kunskapen om äldres läkemedelsbehandling i alla personalkategorier som kommer i kontakt med äldre.
- Säkerställ att vårdgivare genomför och använder den nationella läkemedelslistan.
- Säkerställ att alla som är 75 och äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel får en läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Belys särskilt risker för fallskador vid förskrivning av lugnande och ångestdämpande läkemedel samt risker för munhälsan.
- Säkerställ att vård- och omsorgsgivare lever upp till kraven om regelbundna läkemedelsgenomgångar genom att kräva att genomförandet följs upp och redovisas.

## 1.7 Forskning

#### *SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Säkerställ att äldreforskning prioriteras vid tilldelning av forskningsfinansiering.
- Säkerställ att lyckade forskningssatsningar fortsätter att utvecklas.
- Säkerställ att forskning och läkemedelsprövningar utförs även på äldre.

- Se till att forskning med offentliga medel tillgängliggörs och sprids.
- Stöd samarbete mellan äldreforskning i Sverige och i andra länder.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Använd den allra senaste forskningens resultat i verksamheterna.
- Säkerställ att äldreforskning prioriteras vid fördelning av medel.

*SPF Seniorerna kräver av Europeiska unionen*

- Prioritera äldreforskning i unionens strategier och program för forskning.
- Stöd samarbete mellan äldreforskning i Sverige och i andra länder.

## 1.8 Hälsöfrämjande åtgärder

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Satsa på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.
- Ta hjälp av civilsamhället i det hälsofrämjande arbetet.
- Utbilda fler personer i alla yrkesgrupper i vården för en bättre förståelse för äldres psykiska ohälsa.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Satsa på friskvård, förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.
- Ta hjälp av civilsamhället i det hälsofrämjande arbetet.
- Förbygg förekomsten av olämplig läkemedelshantering, våld och övergrepp mot äldre samt alkohol- och tobaksmissbruk.
- Skapa möjligheter för en aktiv friskvård med ledare och lokaler för fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter.
- Bygg stimulerande boendemiljöer.
- Främja äldres trygghet och säkerhet.

### Ofrivillig ensamhet – psykisk hälsa

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Satsa mer på kunskap om äldres livssituation, äldres vård, geriatrik och äldrepsykiatri.
- Genomför folkhälsouppläsning om ofrivillig ensamhet och psykisk hälsa hos äldre.
- Utbilda fler personer i alla yrkesgrupper i vården för en bättre förståelse för äldres psykiska ohälsa.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Ta hjälp av civilsamhället i det hälsofrämjande arbetet.
- Skapa möjligheter för fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter.
- Satsa mer på vården av äldre, geriatrik och äldrepsykiatri.
- Utbilda fler personer i alla yrkesgrupper i vården för en bättre förståelse för äldres psykiska sjukdomar.
- Öka primärvårdens tillgång på läkare och sjuksköterskor med kompetens i geriatrik och psykiatri.

## Sköra äldre

### *SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Satsa på kunskap om äldre sköra personers livssituation, deras behov av vård, och säkra att vården har specialistkunskaper i geriatrik och äldrepsykiatri.
- Utveckla och stärk den palliativa vården och säkerställ att den är likvärdig.
- Håll samman vård och omsorg och ställ krav på samverkan för äldresjukvård och äldreomsorg.
- Undanröj bristen på läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

### *SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Ge seniorer med sammansatta vård- och omsorgsbehov rätt till en fast vård- eller omsorgskontakt med helhetsansvar för personens vård och omsorg samt kontinuiteten i densamma.
- Öka kännedomen och kunskapen om palliativ vård.
- Använd befintliga modeller för en samordnad individuell planering av vård och omsorg (SIP)
- Öka tillgången på läkare och sjuksköterskor med geriatrisk kompetens och undvik korttidsanställda (stafettanställda).

## Fall

### *SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Utarbeta och besluta en nationell plan för fallprevention.
- Inför en nollvision för fallolyckor.
- Inför statliga bidrag för att stimulera varje kommun att erbjuda fixartjänster, där seniorer kan få hjälp med att utföra riskfyllda vardagssysslor i hemmet.
- Initiera kampanjer så att äldre testar sin balans och fallrisk innan de fallit och skadat sig, t.ex. genom enkla tips för självtest, balansplattor i offentliga miljöer, apotek och liknande.

### *SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Ge förutsättningar för ett aktivt liv socialt, psykologiskt och fysiskt.
- Främja fysiska aktiviteter genom hela livet.
- Ge tydlig information om fallriskerna vid förskrivning av läkemedel som påverkar fallbenägenheten.
- Erbjud alla seniorer en säkerhetsrond eller ett förebyggande hembesök i bostaden för att få tips om vad som kan göras för att undvika fallolyckor
- Erbjud seniorer ”fixartjänster” för enklare hjälp i hemmet.
- Identifiera patienter med hög risk att drabbas av fallolycka.
- Identifiera miljöer där risken är hög att fallolyckor kan inträffa.
- Registrera alla fall och fallskador och använd tillgänglig statistik för att följa upp dem.
- Planera, bygg och underhåll den offentliga miljön och allmänna platser så att de minskar risken för fallolyckor.
- Initiera kampanjer så att äldre testar sin balans och fallrisk innan de fallit och skadat sig, t.ex. genom enkla tips för självtest, balansplattor i offentliga miljöer, apotek och likande.

## Vaccination

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Inför ett avgiftsfritt vaccinationsprogram för seniorer innehållande vaccination mot influensa, lunginflammation och bältros.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Erbjud seniorer avgiftsfri vaccination mot influensa, lunginflammation och bältros, i avvaktan på ett nationellt vaccinationsprogram.

## Munhälsa

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Kostnader för munhälsa ska ingå i sjukförsäkringen.
- Förtydliga och samla ansvaret för information om tandvårdsstöden.
- Förtydliga kommunernas och regionernas ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Erbjud alla seniorer en årlig kontroll av munhälsa hos tandhygienist.
- Erbjud alla seniorer med mer än fem läkemedel kontroll av munhälsa minst två gånger årligen och upplys dem om möjlighet till ekonomiskt bidrag för detta.
- Säkerställ att alla personer i hemsjukvård och särskilda boenden får en systematisk bedömning och kontroll av munhygien, munhälsa och behandling av problem av tandhygienist – oftare för de mest sjuka och mer sällan för de som inte bedömts ha samma behov.
- Utbilda all kommunal personal i munhygien och munhälsa och vilka kontroller av munhygien som är nödvändiga.

## Mat och måltider

*SPF Seniorerna kräver av riksdagen och regeringen*

- Tydliggör den enskildes rättigheter kring mat och måltid.
- Tydliggör ansvaret för mat- och måltidsfrågor.
- Avsätt medel för forskning om mat och måltid för äldre.
- Ge en inspektionsmyndighet i uppgift att kontrollera efterlevnaden av Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets föreskrifter.

*SPF Seniorerna kräver av kommunerna och regionerna*

- Följ Livsmedelsverkets råd om mat och måltid
- Följ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för att förebygga och behandla undernäring
- Prioritera tillagning av mat i lokala kök.
- Ge anställda i hemtjänst och äldreomsorg fortbildning i matlagning och livsmedelskunskap.



## Bilaga - bakgrund

SPF Seniorernas kongress 2017 beslutade ett vård- och omsorgspolitiskt program. Programmet byggde på rapporten *Vård och omsorg i en ny tid* som behandlades av kongressen 2014.

### Ett program av seniorer för beslutsfattare

I programmet sammanfattas förbundets iakttagelser, analys samt förslag och krav på åtgärder. Primär målgrupp för SPF Seniorernas program för vård och omsorg är beslutsfattare och opinionsbildare på alla fyra beslutsnivåer: kommun, region, riket samt Europeiska unionen. I syfte att nå denna målgrupp riktar sig programmet även till förbundets medlemmar och förtroendevalda.

Förbundets förslag och krav på åtgärder när det gäller seniorers hälso- och sjukvård samt omsorg anger också till vilken politisk nivå kraven riktas. Därmed blir det också tydligare var ansvar kan utkrävas.

Vid sidan av detta politiska program kan en aktivitetsplan tas fram för arbetet med att synliggöra frågan, medvetandegöra och utbilda medlemmar och förtroendevalda samt sprida metoder och verktyg för det lokala och regionala påverkansarbetet. En sådan aktivitetsplan bör även innehålla förslag på sammanhang och samarbeten där förbundet ska verka för att bli framgångsrik i sitt politiska arbete.

Framgång uppnås bland annat genom att gräva där vi står, dvs använda de forum och kanaler som redan är etablerade och där förbundet redan finns. Exempel på sådana är förbundets nationella och internationella arbete, liksom distriktens och föreningarnas regionala och lokala arbete för opinionsbildning, samhällspåverkan och lobbning, bland annat via representation i pensionärs- och äldreråd.

Framgång nås också genom samverkan med andra, till exempel seniororganisationer, ungdomsorganisationer, yrkeskårsorganisationer, fackliga organisationer och arbetsgivarorganisationer.

### Vi blir äldre, friskare och fler – Räcker vården och omsorgen?

Aldrig tidigare har andelen äldre varit så stor som nu. I dag utgör personer 65 år och äldre en femtedel av befolkningen. År 2030 kommer andelen ha ökat till en fjärdedel.

De första vunna åren är jämförelsevis friska år. Det är först mot slutet av livet många blir bräckliga med sammansatta vårdbehov, både fysiska och psykiska och måste få hjälp med att fungera i vardagen.

Trots alla framgångar möter vi frågan: Vågar jag bli gammal? Man undrar om den svenska välfärdsmodellen kan klara vård- och omsorgsbehovet hos en växande andel äldre. Vi ser med andra ord ett antal problem och utmaningar för seniorers hälso- och sjukvård samt omsorg.

## 2. Problem och utmaningar för seniorers vård och omsorg

Idag betraktas människor som är 65 år och äldre ofta som ett kollektiv. I framtiden bör det istället vara en självklarhet att människor ses som individer som är olika varandra och som med bevarad värdighet och integritet bestämmer själva om sina liv. Alla ska ses som en tillgång och allas resurser i form av kunskap och livserfarenhet bör tas tillvara på bästa sätt. Var och en kan bidra med något även när ohälsa slagit till.

### 2.1 Ansvar och samverkan för vården och omsorgen

Resurser för vård och omsorg finns, men de används inte alltid effektivt. Ett av vård- och omsorgsbehövande seniorers problem är att huvudmännen för verksamheterna brister i samordning av sina insatser. Huvudansvar för seniorer i behov av omsorg har kommunen och regionen är huvudansvarigt för hälso- och sjukvård. Samverkan mellan kommun och region med tydlig ansvarsfördelning och tillräckliga resurser är en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet. I dag uppvisar hälso- och sjukvården samt omsorgen brister i alla dessa avseenden. Bättre samordning av den kommunala äldresjukvården skulle också kunna bidra till höjd status för äldreomsorgen.

Kommunerna har anställt egna sjuksköterskor samt arbets- och fysioterapeuter, men inga läkare. Läkarna är idag fortfarande uteslutande anställda av regionen. Specialistläkare, till exempel geriatriker och allmänläkare, som är anställda av kommunen eller både kommunen och regionen skulle underlätta vård- och omsorgsteamens arbete vilket vore positivt för både de äldres och personalens trygghet samt skulle förtydliga kommunens ansvar som huvudman för alla äldre i behov av vård och omsorg.

Fast vård- och omsorgskontakt med helhetsansvar för individens vård och omsorg är väsentlig. En fast vårdkontakt är sedan 2010 lagstadgat för personer med sammansatta vård- och omsorgsbehov, men utnyttjas i allt för liten grad. Förslag om fast omsorgskontakt finns. Det vore dock sannolikt olyckligt om två olika personer ska ansvara för personens olika vård- och omsorgsbehov. Tillgången till och kontinuiteten av läkare och sjuksköterskor brister, vilket leder till en viss vikarieproblematik. Kontinuiteten brister även på grund av att många läkare och sjuksköterskor är inhyrda från bemanningsföretag och i allmänhet har korta anställningar. Sämre kontinuitet riskerar leda till otrygghet för den äldre och sämre kvalitet. Ett bra omhändertagande av de äldre förutsätter också att alla kompetenser är närvarande. Äldre personer ska kunna förlita sig på ett kontinuerligt och stabilt utbud av insatser, från tidig vård och omsorg till vård i livets slutskede.

### 2.2 Människan i centrum

Hälso- och sjukvården behandlar i dag mycket effektivt en rad olika enskilda sjukdomstillstånd. Men helhetsbilden saknas ofta. Motsatsen är personcentrerad vård där människan står i centrum och att arbeta i team. Team av personal som består av de kompetenser som den enskildes tillstånd kräver för att få en fullgod vård och ett gott bemötande.

Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patienter, anhörigvårdare och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Patientens berättelse och de undersökningar som görs ligger till grund för en hälsoplan, som ska innehålla de mål och strategier man gemensamt med patienten kommit fram till för vården, omsorgen och rehabiliteringen både på och kort och lång sikt. Med personcentrerad vård blir vårdtidens längd på sjukhus kortare, patienter känner sig

tryggare och medicinska komplikationer minskar. Dessutom kan samhällets resurser användas mer effektivt.

Äldrevårdsmottagningar – oftast samlokaliserade med hälsocentralen, men med eget väntrum och personal med geriatrisk kompetens – har visat sig framgångsrikt och främjar den enskildes möjligheter till inflytande. En lag från 2010 stadgar att patienten har rätt till ny medicinsk bedömning vid komplicerade sjukdomstillstånd och att vården har en skyldighet att informera om det.

För att patienten ska hamna i centrum krävs att relevanta system som journalhantering och välfärdsteknik är utformade för att stödja den personcentrerade vården.

Dagens digitala journalsystem lider av stora brister. De är svåränvända och de olika journalsystemen som finns idag kan inte eller har stora svårigheter att kommunicera med andra journalsystem. Detta innebär ett glapp i kommunikation som innebär risker för patienternas säkerhet. Dessutom är journalerna i huvudsak en datalagring och har ytterst begränsad förmåga att analysera data och fungera som beslutsstöd till hjälp för personalen.

Välfärdsteknik är 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. Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser.

Utvecklingen av välfärdsteknik går mycket snabbt och nya produkter och system dyker ständigt upp på marknaden. Löpande utvärdering av dessa system är därför av yttersta vikt, men saknas tyvärr. Kunskap om seniorers och tänkta användares syn på de tekniska lösningarna och värdet av ändamålet med den tekniska lösningen saknas också.

Välfärdsteknik väcker ett antal etiska frågeställningar som i dag är obesvarade. De gäller personlig integritet, användarens förmåga att förstå innebörden av i tekniken samt seniorers fortsatt behov mänskliga möten.

## 2.3 Kompetens

Äldre vård- och omsorgstagare kan vara i behov av särskilt komplicerade vårdbedömningar och åtgärder. Trots detta är tillgången på personal med specialistkompetens inom äldres sjukdomar – geriatrisk – mycket dålig. Fördelningen geografiskt är dessutom mycket ojämn. Brist på kunnig personal och specialister leder till sämre vård och omsorg. Det är ganska vanligt att det också i kommunernas verksamheter finns personal med otillfredsställande utbildning för sina uppgifter.

En fördomsfull syn på äldre i samhället påverkar vården och omsorgen. Dåliga attityder och diskriminering av äldre bidrar till att försvåra rekryteringen till utbildningar och anställningar som rör äldres vård och omsorg. Den äldre är alltför ofta ett föremål i omsorgen och inte som det borde vara föremål för omsorg.

Äldre med särskilda behov är en växande del av Sveriges befolkning. Samtidigt är kunskapen låg om behovet av speciella insatser för dem.

Äldre i Sveriges fem nationella minoriteter och hos invandrade har sämre hälsa och använder hälso- och sjukvården i mindre utsträckning än majoritetsbefolkningen. En av orsakerna är svårigheten att på båda sidor förstå språk och kultur, det vill säga både hos vårdbehövande och hos vårdgivare.

Äldre homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt) marginaliseras i vården och omsorgen och bemötandet är ofta okunnigt eller diskriminerande. Det beror på att det saknas forskning om äldre hbt-personer och att personal i vården och omsorgen saknar kompetens på området.

## 2.4 Omotiverade åldersgränser i hälso- och sjukvård och äldreomsorg

### Äldreomsorg

Socialtjänstlagen föreskriver att ”Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå”, men lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) föreskriver att ”Den enskilde ska genom denna lag tillförsäkras goda levnadsvillkor.” Genom de två lagarnas olika formulering uttrycks en diskriminerande betydelskillnad: personer under 65 år har rätt till goda levnadsvillkor, medan äldre personer endast har rätt till skälig levnadsnivå. En översyn av Socialtjänstlagen pågår och hur begreppet ”skälig levnadsnivå” ska kunna förändras diskuteras.

Vid 65 års ålder förändras trygghetsnätet för den äldre markant och flera sociala förmåner försvinner, trots att man har rätt att kvarstå i arbetslivet till 67 års ålder. Detta gäller framför allt inom socialförsäkringsystemet då ett flertal förmåner är förknippade med åldersgränser som avgör om ersättning utbetalas. Några förmåner upphör på 65-årsdagen även om personen har ett aktivt liv och arbetar, till exempel sjukersättning, bilstöd till personer med funktionshinder och rehabiliteringsersättning. Handikappersättning och assistansersättning handlar om en persons funktionsförmåga, men har ändå en övre åldersgräns på 65 år. Vissa förmåner kan behållas om de erhållits före 65-årsdagen, men personer över 65 år kan inte erhålla dessa.

När en person över 65 år är i behov av omsorg från samhället finns egentligen bara två alternativ: hemtjänst eller särskilt boende. Äldre har svårt att välja omsorg då det inte finns en standardiserad och korrekt beskrivning av dessa stödsystem.

### Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I HSL stipuleras grundläggande etiska principer som ska prägla vården: människovärde samt behov och solidaritet. Trots detta finns en rad hälsoundersökningar och behandlingar med omotiverade åldersgränser.

Screening med mammografi för att upptäcka bröstcancer erbjuds regelmässigt och avgiftsfritt för alla kvinnor upp till 74 år. Kvinnor över 74 år blir inte kallade till screening och om de själva påtalar att de vill undersökas får de betala. Cirka 2 000 kvinnor över 75 år drabbas av bröstcancer årligen och dessa har en kraftig överdödlighet i sin cancer. Samma problem finns för livmoderhalscancer där gränsen för screening är 64 år. Statens medicinsk-etiska råd anser att åldersgränser i screeningprogram är diskriminerande.

Moderna cellgifter är den effektivaste behandlingen mot prostatacancer. Få män över 70 år med avancerad prostatacancer behandlas med cellgifter i den utsträckning som är rimlig och i samma utsträckning som andra. Äldre personer som i övrigt är fullt friska opereras inte i samma utsträckning för ändtarmscancer. De regionala skillnaderna är stora.

Vaccination mot ett antal sjukdomar som drabbar äldre med större risk för komplikationer finns idag. Möjligheten att få denna vaccination kostnadsfritt i ett nationellt vaccinationsprogram finns

inte för äldre. Regionerna har fritt spelrum och har följaktligen också landat i olika förhållningssätt. Kostnadsfri vaccination blir därmed beroende av i vilket län man bor.

## 2.5 Stöd till anhöriga som ger vård och omsorg

Minst tre fjärdedelar av den vård och omsorg som ges till äldre utförs av anhöriga. Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga som ger vård och omsorg. Men det är fortfarande svårt att få till stånd ett brett samarbete med hälso- och sjukvården när det gäller stöd till anhöriga.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) uppger att anhöriga efterfrågar avlösning (flexibel och med kort varsel), information och kunskap, någon att tala med, att bli bekräftad, uppskattad och sedd samt ekonomisk ersättning. Det ser också väldigt olika ut i kommunerna – både när det gäller utbud och hur det informeras om rättigheterna. Många vet inte vilket stöd de kan få. Endast var fjärde anhörig som ger vård och omsorg känner till att de har laglig rätt till stöd och avlösning.

Anhöriga som vårdar en närstående i hemmet gör mycket stora insatser som kommunerna i annat fall hade fått bekosta. Det kan även anses vara ett felaktigt beslut att införa åldersgräns för att få ersättning för sitt arbete som vårdare då detta kan tolkas som åldersdiskriminering. De äldre anhöriga har oftast genom åren tillägnat sig en god individuell kompetens att vårda just sin närstående som överträffar samhällets möjligheter.

## 2.6 Läkemedelsbehandling

Många seniorer har i likhet med de flesta invånare begränsade kunskaper om läkemedel, deras användning, effekter och samverkan med andra läkemedel. Det är därför viktigt att man får korrekt information om varför man ordinerats läkemedlet, hur det ska användas och vad man ska vara observant på. Informationen ska ges vid förskrivningstillfället och kan med fördel upprepas på apoteket då man hämtar ut sitt läkemedel.

Utprovning och testning av nya mediciner, så kallade läkemedelsprövningar, görs nästan uteslutande på yngre personer. Den forskning som finns om läkemedel och äldre är tyvärr bristfällig trots att seniorer är de största användarna av läkemedel.

Det finns därför en påtaglig risk för att äldre får för många läkemedel och att man får läkemedel som är sämre anpassade för den äldre människan. Tyvärr är det inte ovanligt att resultatet av läkemedelsbehandlingen inte följs upp. Det kan bero på bristande kunskaper hos behandlande läkare och oförmåga att förstå den äldres situation. Dålig personalkontinuitet spelar en avgörande roll. Dessutom finns brister i sjukvårdens informationssystem vilket gör att förskrivande läkare inte får överblick över samtliga läkemedel som är ordinerade. Information om patienters receptförskrivna och uthämtade läkemedel bör samlas i ett (1) register som patienten, vården och apoteken har tillgång till. Riksdagen har beslutat att en sådan nationell läkemedelslista ska införas.

Professionell genomgång av en patients läkemedel är viktig vid omfattande läkemedelsbehandling, då flera läkemedel används (polyfarmaci), eftersom det innebär en ökad risk för läkemedelsbiverkningar och för att olika läkemedel påverkar varandra, till exempel förstärker eller slår ut effekten eller ökar risken för biverkningar. Särskilt viktigt är läkemedelsgenomgångar för seniora patienter eftersom äldre är mer känsliga för läkemedel. I samband med genomgången är det väsentligt att särskilt belysa risken för fallskador då man använder vissa förskrivna läkemedel. Det är också viktigt att belysa riskerna för munhälsan vid

användning av vissa läkemedel. Regelbundna professionella läkemedelsgenomgångar kan även ha positiv effekt på patienters följsamhet till läkemedelsbehandlingen.

Mot denna bakgrund och för att kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen föreskriver Socialstyrelsen att vårdgivare ska erbjuda läkemedelsgenomgång till patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel. För den som är föremål för sjukvård eller bor i särskilt boende ska genomgången erbjudas minst en gång per år. (HSLF-FS 2017:37, 11 kap.) Trots Socialstyrelsen föreskrift erbjuds inte läkemedelsgenomgångar till alla de som har rätt till det. De regionala skillnaderna är stora både när det gäller hur och i vilken utsträckning som genomgångarna registreras.<sup>1</sup>

Alla apotekskedjor har tillgång till Elektroniskt expertstöd (EES), ett IT-stöd för att upptäcka om medicinering behöver justeras. Efter att kunden lämnat samtycke kan farmaceut se om aktuella ordinerade läkemedel passar ihop, fel dosering, visst läkemedels relevans, och läkemedel olämpliga för äldre. Även EES är ett medel för att kontrollera läkemedelsbehandlingen.

Att äldre inte alltid får en optimal läkemedelsbehandling beror också på att apotekens obligatoriska generiska utbyte – det billigaste likvärdiga läkemedlet ska alltid expedieras – innebär risker för patientens följsamhet, eftersom de generiska medicinerna har andra namn, utseende och styrkor. Det generiska utbytet kan också innebära att patienten får läkemedel från ett bolag som saknar patientförsäkring som täcker eventuella skador och men av biverkningar.

## 2.7 Forskning

I dag är forskning inom äldreområdet eftersatt. Forskning och vetenskap är nödvändigt för att äldreomsorgen ska kunna utvecklas och möta de behov som finns och som kommer att öka med en större andel äldre i befolkningen.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd påpekar att satsning på klinisk forskning och vetenskaplig utveckling inom geriatrik är en förutsättning för såväl rekrytering som kunskapsutveckling. Detta gäller äldreforskning inom medicin, rehabilitering, omvårdnad, beteendevetenskap och samhällsvetenskap. Dessa områden, geriatrik och gerontologi, är relativt nya kunskapsområden. Som sådana har de fortfarande svårigheter att få anslag till och hinna med vetenskaplig kunskapsinhämtning, inte minst för att hålla jämnt takt med det ökade behovet av kunskap till följd av allt fler äldre i samhället. Satsningar på forskning inom geriatrik och gerontologi har minskat trots att andelen äldre i befolkningen ökar. Vetenskapsrådet har inga öronmärkta medel för forskning om äldre. Även andra forskningsfinansierare har svårigheter med finansiering av sin äldreforskning.

Även kommuner och regioner har ett ansvar för att stärka forskning som rör äldre. Den allra senaste forskningens resultat används inte alltid i de kommunala verksamheterna. Vid fördelning av medel har kommuner och regioner möjlighet att prioritera äldrerelevant forskning. Det kan till exempel ske via avtal om läkarutbildning och forskning, tandläkarutbildningsavtal samt andra lokala anslag för forskning och utveckling.

## 2.8 Hälsobefrämjande åtgärder

Alltmer vetenskap visar att hälsofrämjande åtgärder av relativt enkel karaktär, till exempel en timmes promenad om dagen eller deltagande i en social aktivitet någon gång i veckan, leder till

---

<sup>1</sup> Läkemedelsgenomgångar. En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Socialstyrelsen (2019).



hälsa och fler friska år. Nu kan man även visa att de sista åren i livet när man är i behov av vård och omsorg blir kortare.

Grundläggande för hälsa och livskvalitet är att äldre kan fortsätta att vara fysiskt, mentalt och socialt aktiva, dvs ha ett aktivt åldrande. Ytterst handlar aktivt åldrande om beslut som enskilda människor själva fattar om livsstil och levnadsförhållanden. En central uppgift för samhällets aktörer är att skapa förutsättningar för, samt stödja och motivera, den enskildes egen planering och eget ansvarstagande för ett aktivt åldrande.

### **Ensamhet – Psykisk hälsa**

Ofrivillig ensamhet bland seniorer har blivit all vanligare, vanligare ju äldre du är. Undersökningar har visat att det är minst 300 000 seniorer som lider av sin ensamhet. Detta medför en stor risk för ökad sjuklighet, både psykisk och kroppslig. Samhällets resurser för att förebygga ensamhet och psykisk ohälsa är idag långtifrån tillräckliga. Följden blir framför allt ökad psykisk sjuklighet, sämre livskvalitet och ökat utnyttjande av sjukvården.

Depression liksom kognitiva sjukdomar (demens) är folksjukdomar. Seniorer drabbas mest – över 300 000 seniorer lider av depression som alltför ofta inte är behandlad på ett adekvat sätt. Mörkertalet är stort, alltför många får inte rätt diagnos och då inte heller rätt behandling. De flesta äldre personer som drabbas av nedstämdhet, oro och ångest, söker och får sin behandling inom primärvården som är kraftigt underfinansierad och ofta saknar kompetens

Vården är inte anpassad för psykiskt sjuka äldre. Den är inte organiserad för att passa hela människor med flera olika åkommor, framför allt äldre som ofta har fysiska och psykiska problem samtidigt. Vården är alltför inriktad på enskilda organ eller diagnoser och det finns inte plats eller tid att ta hand om hela människan med fysiska, psykiska och sociala problem.

Trots en kraftig ökning av antalet äldre utbildas i dag färre specialister i äldrepsykiatri eller geriatrik. Följden blir sämre sjukvård och försvärad kompensuppbyggnad i primärvården och kommunerna.

En annan del av problemet är den nästan totala avsaknaden av folkhälsouppllysning om en så utbredd sjukdom som depression hos äldre. Över 300 000 äldre lider just nu av depression. Sannolikt är hälften inte ens medvetna om det och bara tio procent får en bra och riktig behandling. Här borde myndigheter och ideella föreningar ta efter all de framgångsrika kampanjer som vi sett mot till exempel cancer, hjärt- och lungsjukdom, slaganfall

### **Sköra äldre**

Seniorers behov av vård och omsorg har blivit alltmer uppmärksammat beroende på det ökande antalet äldre. Begreppet *mest sjuka äldre* började användas som alternativ till *multisjuka äldre*. Socialstyrelsen har definierat de mest sjuka äldre som ”personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.” Dessa personer har nedsatt reservkapacitet inom många områden både kroppsliga och intellektuella som medför risk för funktionshinder och sjuklighet. Minst 300 000 personer i Sverige kan räknas som sköra. Dessa personer kommer att få eller har behov av omfattande hjälp både från sjukvården och omsorgen. De har behov av samverkan mellan de olika vårdgivarna och en individuell plan för vården och omsorgen – samordnad individuell plan (SIP). Det är dessutom viktigt att identifiera dessa personer innan de blir alltför sjuka.

I slutet av livet ökar bräckligheten och det är inte ovanligt med sammansatta vård- och omsorgsbehov, både fysiska och psykiska. I livets slutskede är många i behov av god palliativ vård. I dag är den palliativa vården dock långt ifrån tillräcklig och god för alla som är i behov av den. Istället varierar den palliativa vården utifrån vem du är och var du bor. Den är med andra ord inte likvärdig.

## **Fall**

Fallolyckor i Sverige orsakar enligt Socialstyrelsens statistik varje år minst 1 200 dödsfall, närmare 300 000 sjukhusbesök och kostar samhället mer 11 miljarder kronor. Mörkertalet är dock stort och andra beräkningar visar på mycket högre tal. I dag finns stora brister i det allmännas arbete för att förebygga fallolyckor. Regeringen har beslutat om en vision att minska antalet fallolyckor till hälften. Vid andra samhällsproblem, som arbetsplatsolyckor och självmord, har ett ambitiösare och rimligare mål uppställts: nollvision. Samordningen brister mellan vården och omsorgen, liksom mellan kommuner, regioner och staten, när det gäller att förebygga fall och fallskador.

SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, har inom ramen för sin *Strategi för hälsa* tagit fram *Nationell kraftsamling för att minska fallskador hos äldre*. Genomförandet av varje strategi och kraftsamling underlättas av att involvera de som berörs. Det kan gälla samhällsaktörer som anställda av olika slag och deras organisationer, arbetsgivare och deras organisationer, samt föreningslivet.

Enskildas lidande och samhällelig kostnad kan besparas om vården och omsorgen är bra på att identifiera patienter med hög risk att drabbas av fallolycka. Det kan till exempel ske via etablerade skattningsinstrument som Senior Alert.

## **Munhälsa**

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. I takt med att fler blir allt äldre och behöver hjälp och stöd med sin dagliga omvårdnad ökar även behovet av munvård och en tillfredsställande munhälsa.

Dagens seniorer har under sitt liv fått tillgång till bra tandvård. Många har därför tandtekniska material och tandersättningar som är i behov av daglig munvård och regelbundna kontroller. Äldre personer har ökad risk att drabbas av karies och tandköttsinflammation. Många har även svårigheter att själv sköta sin munhygien. Det är lätt hänt att det behövliga besöket för tandvård prioriteras bort för den som har ett ökat vårdbehov och får använda en stor del av sin ekonomi och vardagen till att förbereda och genomföra besök hos olika vårdgivare.

Munhälsan är således av stor vikt för att den äldre personen ska kunna behålla en god allmän hälsa och undvika undervikt och bristsjukdomar.

## **Mat och måltider**

Undernäring är ett stort folkhälsoproblem – 400 000 invånare ligger i riskzon att drabbas. Undernäring är ofta en följd av sjukdom och leder till trötthet och minskad motivation att äta. Eftersom risken för sjukdom ökar med stigande ålder, utgör äldre en särskild riskgrupp för att utveckla undernäring. Undernäring leder till lägre livskvalitet, längre vårdtider och stora samhälleliga kostnader. Vill det sig riktigt illa kan det dessutom leda till förtida död.



De flesta seniorer har under hela sitt liv valt den mat de ätit och i vilket sammanhang det skett. Denna frihet att välja sin måltid ska naturligtvis fortsätta även då en person nått hög ålder. Maten ska dessutom, i möjligaste mån lagas nära i lokala kök i vård- och omsorgsboenden eller i seniorens kök. Mat tillagad i seniorens hem har visat sig ha flera positiva effekter.

Grundläggande är att Livsmedelsverkets råd om måltidskvalitet i äldreomsorgen följs. Råden för måltidssituationen är god, trivsamt, näringsriktig, säker, miljömässigt och socialt hållbar samt integrerad.

Den enskildes rättigheter när det gäller mat och måltid är inte helt klarlagda i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. I ordinärt boende finns stort behov av nya lösningar kring måltidssituationen. Ansvaret för mat- och måltidsfrågor bör tydliggöras.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (SOSFS 2014:10) och en vägledning Näring för god vård och omsorg. Livsmedelsverket har beslutat om rekommendationer för näringsriktiga måltider inom vård och omsorg. För att kontrollera att dessa bestämmelser uppfylls krävs att en statlig inspektionsmyndighet följer efterlevnaden av dem.

Kompetensen, erfarenheten och viljan hos personalen i hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen är avgörande för att den enskilda äldre konsumentens behov ska tillgodoses.