

# VÅRD OCH OMSORG I EN NY TID



# Innehåll

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Bakgrund.....                                    | 2  |
| Kongressbeslut – Jönköping 11-13 juni 2014 ..... | 3  |
| Sammanfattning .....                             | 4  |
| Förord .....                                     | 5  |
| Organisation och ansvar.....                     | 6  |
| Från individ till samverkan .....                | 8  |
| Kompetens.....                                   | 10 |
| Stöd till anhöriga som ger vård och omsorg.....  | 12 |
| Minska behovet av vård och omsorg .....          | 13 |
| Vågar jag bli gammal?.....                       | 18 |

Till denna rapport finns en studieplan framtagen. Kontakta Studieförbundet Vuxenskolan om du vill starta en studiecirkel eller läsa studieplanen.

Vid årsskiftet 2014/2015 bytte SPF, Sveriges Pensionärsförbund både namn och kostym. I denna rapport kommer vi genomgående att använda det nya namnet, SPF Seniorerna, och den nya logotypen trots att rapporten togs fram och behandlades under vårt tidigare namn.

## Bakgrund

Förbundsstyrelsen beslutade i maj 2012 att tillsätta en särskild arbetsgrupp för frågan om äldres vård och omsorg. Förbundsstyrelsens direktiv för gruppens arbete innehöll bland annat frågan om huvudmannaskapet för äldres vård och omsorg kopplat till ansvar, finansiering och lagar. Andra delar handlade om samverkansformer, stöd till anhöriga som ger vård och omsorg, behov av geriatriker och andra specialister, samt frågan om hur personal inom vård och omsorg får tillräcklig kompetens. Direktiven innehöll också ett uppdrag att se över hur man på bästa sätt kan minska behovet av vård och omsorg.

### Arbetsgruppen

Arbetsgruppen leddes av Eva Sahlin, förbundsstyrelsen, och bestod av sakkunniga inom vård och omsorgsfrågor. I gruppen ingick Barbro Westerholm, hedersordförande SPF Seniorerna, Karl-Erik Axelsson, förbundsstyrelsen, Greta Nordquist, SPF Seniorerna Skånedistriktet samt Gösta Bucht, sakkunnig SPF Seniorerna. Gruppens sekreterare var Ola Nilsson, förbundskansliet. Gruppens kompetens kom till användning under de möten som genomfördes på förbundskansliet under våren 2013. Gäster med särskild kompetens inbjöds till några möten och undersökningar genomfördes som underlag till rapporten.

### Rapporten

Arbetsgruppen presenterade sitt förslag *Vision 2025* för förbundsstyrelsen och distriktsordföranden under hösten 2013 och detta förslag ligger nu till grund för rapporten *Vård och omsorg i en ny tid* som har behandlats av förbundsstyrelsen och efter beslut justerats av förbundskansliet. De största förändringarna i förbundsstyrelsens version av rapporten gäller huvudmannaskapsfrågan samt en gemensam lag för vård och omsorg. Då arbetsgruppens tidsperspektiv för visionen var i kortaste laget för att möjliggöra en förändring av huvudmannaskapet beslutade förbundsstyrelsen att justera visionens slutdatum och ändra skrivningen till att SPF Seniorerna på sikt ska eftersträva en sammanhållen vård och omsorg med en huvudman. Det förutsätter att man redan nu börjar se över lagarna som styr äldrevården och äldreomsorgen. Rapporten inleds med en sammanfattning med tio punkter för en god vård och omsorg och är sen indelad i fem kapitel.

### Remiss

En remissomgång genomfördes under våren 2014. Målet med remissen var att utifrån rapporten utkristallisera de viktigaste frågorna att fokusera på för att möta framtidens utmaningar inom äldres vård och omsorg samt att ge underlag till SPF Seniorernas fortsatta utvecklingsarbete.

## Kongressbeslut – Jönköping 11-13 juni 2014

Kongressen beslutade att anta rapporten *Vård och omsorg i en ny tid* i sin helhet samt ett antal punkter, baserade på rapporten och remissen, som SPF Seniorerna vill driva för att förändra och förbättra vården och omsorgen för äldre.

En förbättring av samverkan inom vård och omsorg av äldre är livsviktig för att vården och omsorgen ska återfå allmänhetens förtroende. Att mer än 95 procent av 55–65-åringar inte känner trygghet inför alderdomen är oacceptabelt. Olika lagar och två huvudmän med skilda kassor som inte kan samverka är en av de viktigaste orsakerna.

Kongressen beslutade att SPF Seniorerna ska arbeta för

- att** en huvudman ska bli ansvarig för vård och omsorg av äldre – en huvudman en lag, en kassa
- att** alla som möter äldre inom vård och omsorg ska ha geriatrisk kompetens, förståelse och insikt i att arbeta i team och att de som leder verksamheten utbildas och förbättras i sitt ledarskap
- att** forskningen inom äldreområdet prioriteras och att finansiella medel för det öronmärks
- att** anhörigstödet förbättras, skillnader mellan kommuner arbetas bort och att villkoren för att klara av att vara anhörigvårdare är lika oavsett ålder
- att** de kommunala pensionärsråden utvecklas och får större inflytande och att det lagstadgas om att de ska finnas i alla kommuner
- att** lagen om valfrihet i vård och omsorg blir obligatorisk
- att** informationstekniken i vården förbättras, e-hälsa utvecklas och att den görs tillgänglig för äldre samt att datajournalerna förbättras, förenklas och görs kompatibla med varandra
- att** behovet av speciella insatser inom vård och omsorg för äldre personer med särskilda behov, såsom invandrare och hbt-personer, uppmärksammas och åtgärdas

## Sammanfattning

- SPF Seniorerna eftersträvar på sikt en sammanhållen vård och omsorg med en huvudman – vilket innebär att landstingen avvecklas.
- Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen bör genomarbetas och skrivas samman i en gemensam lag.
- Kommunen bör ha en möjlighet att anställa läkare.
- Äldre personer med sammansatta behov behöver en fast vårdkontakt med ett helhetsansvar för individens vård och omsorg samt dess kontinuitet.
- Vård- och omsorgsteam, anpassade efter den enskilda patientens behov, med tillgång till alla relevanta kompetenser från både kommun och landsting bör inrättas.
- All personal som möter äldre personer inom vård och omsorg ska ha geriatrisk kompetens och tillräcklig kunskap om det normala åldrandet.
- Ledarskapsutbildning och kompetensutveckling måste prioriteras för alla som har en ledande roll inom äldres vård och omsorg.
- Vetenskaplig forskning inom äldreområdet måste prioriteras och tillföras ökade öronmärkta finansiella medel för att äldre vården och äldreomsorgen skall kunna utvecklas i takt med de krav som ställs med en ökande andel äldre i befolkningen.
- Alla anhöriga som ger vård och omsorg ska särskilt informeras om sina rättigheter till stöd och avlösning. Stödet ska tillhandahållas genom utbildning, avlösning och psykosocialt stöd – gärna i kombination.
- Kommunerna måste satsa på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder – det kostar lite i förhållande till mänskliga och ekonomiska vinster för den enskilde och samhället.

Rapporten handlar om äldre personer (65 +) i behov av hälso-, sjukvård och omsorg. Dagens och framtidens vård och omsorg har dock ett stort fokus på äldre med sammansatta vårdbehov.



## Förord

SPF Seniorerna vill uttrycka en vision om hur vi önskar att framtiden ska se ut för äldre – även för dem som fortfarande upplever sig själva som unga. Aldrig tidigare har andelen äldre i Sverige och världen varit så stor som nu. Under 1900-talet ökade medellivslängden i Sverige med ett kvarts sekel och ökningen fortsätter. Flera faktorer ligger bakom denna glädjande utveckling. Tillgången till bättre bostäder, rent vatten och avloppsrening, bättre mat och bättre arbetsmiljö har spelat stor roll liksom alla de medicinska landvinningar som sett dagens ljus under 1900-talet. Smittkoppor, difteri och polio är inte längre sjukdomar som skördar liv i Sverige. Lunginflammation är inget man behöver vara rädd för längre.

De flesta vunna åren är jämförelsevis friska år. De ”reparationsmedicinska” hälsoproblem som en del möter i form av slitna knän och höftleder, grumliga ögonlinser, tilltäppta kranskärl och dåligt fungerande hjärtklaffar kan med dagens operationsmetoder åtgärdas med fullgott resultat. Man kan säga att vi har fått en ålder till och att de vunna åren är en ren välfärdsvinst. Det är först mot slutet av livet då många går in i den ”bräcklighetsmedicinska” perioden med demenssjukdom och sammansatta vårdbehov (tidigare kallat multisjuklighet) som vi måste få hjälp med att fungera i vardagen och få våra sjukvårdsbehov tillgodosedda.

Trots alla framgångar möter vi ändå frågan ”Vågar jag bli gammal?”. Man undrar om den svenska välfärdsmodellen, som är tämligen generös, kan klara ytterligare ökning av andelen äldre? Idag utgör människor 65 år och äldre 17 procent av befolkningen, 2050 kommer siffran att vara 24 procent. Leder det till att vi måste sänka kvaliteten i vården och omsorgen, kommer familjen att behöva ta ett ökat ansvar, måste vi ta till skattehöjningar? För att svaret ska bli nej måste vi ta vara på den resurs som allt friskare äldre utgör. Och vi måste ha en vision att sträva mot för att hitta lösningarna.

### Vision

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

Det måste dock finnas en tillgänglig, högkvalitativ och individanpassad vård och omsorg när man behöver stöd och hjälp. Vi har en vision om hur den ska se ut i framtiden men för att visionen ska bli sann måste vi börja här och nu. Vi måste se över dagens system för vård och omsorg och sedan blicka framåt.

### Arbetsgrupp

Förbundsstyrelsen beslutade i maj 2012 att tillsätta en särskild arbetsgrupp för frågan om ”Vård och omsorg för äldre”. Förbundsstyrelsens direktiv för gruppens arbete innehöll bland annat frågan om huvudmannaskapet för vård och omsorg för äldre kopplat till ansvar, finansiering och lagar. Andra delar handlade om samverkansformer, stöd till anhöriga som ger vård och omsorg, behov av geriatriker och andra specialister, samt frågan om hur personal inom vård och omsorg får tillräcklig kompetens. Arbetsgruppens förslag ligger till grund för rapporten *Vård och omsorg i en ny tid*.

## Organisation och ansvar

Det är av stor vikt att tydliggöra att kommunen faktiskt har huvudansvar för äldre i behov av vård och omsorg. Samverkan mellan kommun och landsting med en tydlig ansvarsfördelning och tillräckliga resurser för detta är en förutsättning för att kvalitativ vård och omsorg ska kunna levereras.

### Landstinget

Landstinget har huvudansvaret för äldre personer i behov av hälso- och sjukvård enligt HSL liksom för alla andra åldersgruppers vård.

### Kommunen

Kommunen har huvudansvaret för äldre personer i behov av omsorg eller både vård och omsorg enligt SoL, HSL eller LSS. Kommunen har sedan ädelreformen 1992 haft ansvaret för vård i särskilda boendeformer avsedda för äldre samt i dagverksamhet för äldre. Kommunerna har anställt egna sjuksköterskor, arbets- och fysioterapeuter för att uppfylla de krav som finns i HSL 18 § om kommunernas ansvar. De flesta kommuner har också valt att ta över hemsjukvården från landstinget. Även där gäller HSL på samma sätt som när landstinget hade ansvaret. Den enda funktion som då ligger utanför kommunens organisation är läkaren. Läkarna är idag fortfarande anställda av landstingen och har ansvar för sina patienter oavsett var dessa bor.

### Läkare bör kunna anställas av kommunen

För ett fullständigt ansvarstagande av kommunen för en sammanhållen vård och omsorg för äldre bör även läkare, t ex geriatriker och allmänläkare, kunna anställas av kommunen. På så sätt förtydligas kommunens ansvar som huvudman för alla äldre personer i behov av vård och omsorg. Läkare som ansvarar för äldresjukvården bör ha möjlighet till ”dubbelanställning” och måste få befogenhet att tillsammans med vård- och omsorgsteamerna (se nästa kapitel) samordna den kommunala sjukvården. Detta kommer att leda till en höjd status av omsorgen samt en bättre samordning.

En anställd läkare i kommunen underlättar vård- och omsorgsteamens arbete och möjligheten är positiv för både de äldres och personalens trygghet. Alla kompetenser behöver vara närvarande för att det ska bli ett bra omhändertagande av de äldre.

### Kontinuitet ger kvalitet

Kontinuitet ger kvalitet. Det innebär att vården och omsorgen ska vara utformad så att kontinuiteten i insatserna säkerställs så länge de behövs, särskilt vid långvariga behov. Detta bygger på ett livscykelänkande, där äldre personer ska kunna förlita sig på ett kontinuerligt och stabilt utbud av insatser, från tidig vård och omsorg till vård i livets slutskede.

Äldre personer med sammansatta behov behöver en fast vårdkontakt med ett helhetsansvar för individens vård och omsorg. Det är t ex viktigt att följa läkemedelsbehandling över tid. Det ställer höga krav på kontinuiteten hos läkare och sjuksköterskor. Idag är det ett problem med att många läkare och sjuksköterskor är ”inhyrda” och på så sätt inte behöver ta huvudansvaret för patienten. Dessutom är det brist på dessa kompetenser och det leder också till en viss vikarieproblematik. Det måste göras en ordentlig genomgång av varför läkare väljer att avsluta sina anställningar i landstinget och föredrar att vara inhyrda från bemanningsföretag vilket i slutändan kan leda till en sämre kontinuitet och trygghet för den äldre.

## Huvudman eller huvudmän?

Idag har vi i princip tre huvudmän för vård och omsorg.

- Staten som lagstiftar och bidrar med en del pengar, dels i allmänt stöd, dels i form av riktade bidrag, samt ansvarar för forskning och utbildning.
- Landstingen som genom landstingsskatten finansierar och ansvar för primär- och sjukhusvården.
- Kommunerna som genom kommunalskatten ansvarar och finansierar omsorg, sjukvård i särskilda boenden och till viss del hemsjukvård.

Det är uppenbart att det tredelade ansvaret leder till bristande samordning av insatserna kring den äldre. Skulle det då bli bättre med en huvudman eller om man i varje fall slog ihop kommuner och landsting till en kommunal huvudman med en gemensam lagstiftning och vård- och omsorgsfinansiering?

När det gäller huvudmannaskapsfrågan är det i första hand den dåliga samverkan som är problemet. Vi lider inte brist på resurser, vi använder dem fel. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten/omsorgen talar inte med varann på språk båda förstår. Det gäller alla nivåer, vare sig det är vid sängkanten eller på politiska nivån.

För att möta framtidens utmaningar krävs det ett effektivt och sammanhållet system för äldres vård och omsorg. Om detta ska bli möjligt och jämlikt över hela landet måste all vård och omsorg ligga under en huvudman. SPF Seniorerna eftersträvar på sikt en sammanhållen vård och omsorg med en huvudman – vilket innebär att landstingen avvecklas.

## En gemensam lag?

Det har flera gånger framförts att det finns behov av en samlad lagstiftning som sammanfattar och moderniserar den nuvarande som är spridd över åtskilliga lagrum. Redan Äldreberedningen SENIOR 2005 föreslog en samlad lagstiftning för att förenkla för lekmanen att sätta sig in i bestämmelserna, men denna skulle enligt förslaget enbart beröra vården.

Att sammanföra SoL och HSL till en gemensam lag skulle innebära en stor ändring i strukturen för lagstiftningen. En gemensam lag skulle göra det svårt att se vad som gäller hemtjänsten, omsorgen eller sjukvården och det positiva med de två typer av lagar – en rättighetslag (SoL) och en skyldighetslag (HSL) är att de i de bästa av världar ger en positiv ”spänning” när det gäller prioriteringar, fördelning av ansvar och utbud.

För en fungerande framtida organisation med en huvudman för all vård och omsorg bör dock en översyn göras där HSL och SoL genomarbetas och skrivs samman i en gemensam lag.

## En gemensam finansiering?

En fördel med en huvudman för vården och omsorgen skulle vara att pengarna i så fall skulle ligga i ”en påse” och att man därmed skulle slippa en del konflikter som t ex problem med vem som ska betala för vad. I vissa lägen är det idag den ena huvudmannen som har utgifterna för en insats medan den andra tar hem vinsterna t ex när det gäller rehabilitering eller andra medicinska åtgärder. Med en huvudman och en pengapåse skulle man kunna lösa den typen av situation. Om inte så måste vi med bibehållen huvudmannaskapsorganisation hitta ett bra system för pengaväxling eller mer individbaserad finansiering.

Tre ingångar för finansiering av jämlik vård och omsorg i hela Sverige:

- Ett enhetligt och transparent taxesystem för vård och omsorg i hela Sverige.



- Avskaffa individuella avgifter eftersom egenavgifterna utgör en marginell del av finansieringen.
- Inför en ”äldreomsorgspeng” som varje individ kan använda till sin vård och omsorg.

Nackdelar med en gemensam äldreomsorgspeng är framförallt att det är stigmatiserande samt att äldrebegreppet kommer att förändras. Vid vilken ålder skulle denna peng införas? Variationen i vård- och omsorgsbehov kommer att bli större. En stor risk med äldreomsorgspengen är att så fort man skapar en speciell avgift så är det lättare att ta bort eller sänka den.

Finansieringen av äldres vård och omsorg måste lösas på kommun- och landstingsnivå. Men kommunen måste ha budget- och beställaransvaret.

#### Organisation och ansvar

- SPF Seniorerna eftersträvar på sikt en sammanhållen vård och omsorg med en huvudman – vilket innebär att landstingen avvecklas.
- Det är viktigt att tydliggöra att kommunen har huvudansvar för en sammanhållen vård och omsorg för äldre personer – låt det bli ett utökat medicinskt ansvar bland annat genom att läkare bör kunna anställas helt eller delvis av kommunen.
- Landstinget har idag huvudansvar för specialistvården.
- Äldre personer med sammansatta behov behöver en fast vårdkontakt med ett helhetsansvar för individens vård och omsorg samt dess kontinuitet.
- HSL och SoL bör genomarbetas och skrivas samman i en gemensam lag.
- Finansieringen måste lösas på kommun- och landstingsnivå. Men kommunen måste ha budget- och beställaransvaret.

## Från individ till samverkan

Ett individanpassat förhållningssätt måste implementeras och följas av all personal samt beslutsfattare inom svensk äldreomsorg. Detta innebär att modeller för samverkan måste skapas och implementeras på både politiker-, tjänstemannanivå och på golvet. Samverkan måste skapas runt och utgå från individens behov. Syftet för samverkandet är att förbättra kvaliteten på de insatser och tjänster som riktas mot äldre. Det gäller all äldreomsorg och äldreomsorg, samt anhörigvård, såväl offentlig som privat, som utförs i hemmet eller i olika former av boenden.

#### Vård- och omsorgsteam

Idag finns exempel på demens-team, rehab-team och äldre-team som fungerar i praktiken. Så kallade *Vård- och omsorgsteam* med alla relevanta kompetenser samt kommunen som huvudman och ledare bör inrättas. De ska skapas efter de förutsättningar som finns tillgängliga för att se helheten för individens vård och omsorg. Biståndshandläggare och anhöriga som ger vård och omsorg måste vara med i teamen. Teamarbetet ger förståelse för varandras ansvar till skillnad från idag där man inte alltid respekterar varandras profession. Förutsättningen för dessa team är att kommunerna har frihet att anställa läkare, eller på annat sätt göra samverkansavtal, samt att samverkansarbetet och teamet måste vara kopplad till budgeten. Kommuner som jobbat specifikt med samverkansarbetet, t ex Robertsfors och Sävsjö, ligger högst i de öppna jämförelserna.

Teamen bör vara ”dynamiska” dvs anpassas efter de behov som den enskilda patienten har vilka kan variera avsevärt både hos den enskilde och naturligtvis mellan individer. Teamen bör även

vara integrerade dvs. bestå av både landstings- och kommunal personal. De äldre, framför allt de som är mest sjuka, i behov av hjälp bör få en coach utsedd som då ska ingå i teamet.

### eHälsa

Interaktiva verktyg för att åstadkomma samverkan måste skapas och utvärderas samt vara en självklarhet i framtidens vård och omsorg för äldre. I dessa verktyg bör bland annat gemensamma journalsystem ingå. Dessa verktyg kan också göra det lättare för vård- och omsorgstagaren att få sin rätt till en fast vårdkontakt uppfyllt. Patientinformationen (journaler) måste följa individen. Det är hög tid att lösa problemen med journalsystemen och att visionen omvandlas till praktik. Dagens journalsystem lagrar bara data utan att man kan dra en enda slutsats. Kunskapen ska kunna användas med intelligenta system som själva kan dra slutsatser.

Regeringskansliet/Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna har tagit fram en strategi - *Nationell eHälsa - strategin för tillgänglighet och säker information inom vård och omsorg 2010*. Den bygger på den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (Skr 2005/06:139) som lagt fram vissa resultat. Enligt strategin ska arbetet under de kommande åren att fokusera på att leverera nyttoeffekterna av olika -hälsotjänster, leverera fler personliga e-tjänster för alla invånare, en kraftsamling för samordning och utveckling av eHälsa i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst samt ökat samspel med näraliggande nationella och internationella reformprocesser och initiativ.

Trots att ytterligare tre år gått har det inte skapats en nationell sjukjournal för patienterna. Olika landsting använder olika journalsystem och kommunerna utvecklar nu sina egna utan samverkan. Läkemedelsordinationssystemen och uttag ur receptregistret fungerar inte tillfredsställande. Mycket tid går åt för personalen inom hälso- och sjukvården och omsorgerna för att lära sig dokumentera i de olika systemen. Patientsäkerheten hotas genom svårigheterna att få ut information och att systemen inte larmar när t ex en patient förskrivits läkemedel som kan innebära risker för dem. Det är därför nödvändigt att landsting och kommuner nu tar fram fungerande koordination av de olika systemen och att uppgifterna om en patient samlas i en journal vars uppgifter endast kan tas fram av patienten själv och behöriga personer.

Ett stort problem är att man idag, inom hemtjänsten, fortfarande använder papper och penna, inte IT, och där man inför IT-system väljer man olika system som inte kan kommunicera med varandra. Det är mycket viktigt att den personal som arbetar nära den äldre får rätt information och kan kommunicera utan att sekretesslagen sätter hinder för detta. Ett sätt kan vara att se över själva lagen.

#### Från individ till samverkan

- Äldres vård och omsorg måste bli ett högprioriterat område inom kommun och landsting.
- Samverkan måste skapas runt och utgå från individens behov.
- Vård- och omsorgsteam, anpassade efter den enskilda patientens behov, med tillgång till alla relevanta kompetenser från både kommun och landsting bör inrättas.
- Kommunen bör vara huvudman för dessa team.
- Anhöriga/närstående som ger vård och omsorg måste vara delaktiga i teamen.
- Interaktiva verktyg för att åstadkomma samverkan måste skapas och utvärderas samt vara en självklarhet i framtiden.
- Tillgång till gemensamma journaler är en förutsättning för samverkansarbetet.
- Sekretesslagen bör ses över.

# Kompetens

Personal inom svensk äldreomsorg och äldreomsorg samt anhöriga måste ha tillräcklig kompetens och få tillräckliga förutsättningar för att kunna göra en högkvalitativ insats. Det är inte rimligt att någon får vård och omsorg som är kvalitativt undermålig, på grund av brist på kunnig personal och specialister. Så är emellertid ofta fallet med de äldre vård- och omsorgstagarna, samtidigt som just dessa kan medföra särskilt komplicerade vårdbedömningar och åtgärder, både kliniska och i samband med eftervård och rehabilitering. Trots detta är tillgången i landet på läkare och annan personal med specialistkompetens inom äldres sjukdomar, d.v.s. geriatrik, mycket dålig. Senast tillgängliga statistik säger att det finns ca 600 professionellt aktiva geriatriker i landet. Fördelningen geografiskt är dock mycket ojämn med en huvuddel i Stockholm.

Det är också ganska vanligt att det i kommunernas verksamheter finns personal med otillfredsställande utbildning för sina uppgifter (se SoL 3 kap. 3 §, andra stycket: ”Sedan lång tid tillbaka har regeringen satsat på att vända detta, och den nuvarande satsningen kallas *Omvårdnadsbyftet*. Den personal som i första hand träffar den äldre har idag för dålig kompetens – oftast ingen geriatrik alls. Synen på äldre i samhället påverkar också vården och omsorgen. Både att vara gammal och att arbeta med äldre måste få en ökad status i morgondagens samhälle. Ålderismen i samhället bidrar till att få vill arbeta med äldre och att få utbildar sig för att arbeta med äldre. Denna ålderism i samhället måste uppmärksammas och bekämpas.

De områden som måste förbättras är framför allt kompetens inom geriatrik (läran om åldrandets sjukdomar), gerontologi (läran om det friska ålderdomen och åldrandet), äldrepsykiatri, omvårdnad och rehabilitering.

En översikt på befintlig kompetens och behov hos läkare, socionom, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, psykolog, logoped samt vårdbiträde och undersköterska finns i bilagan *Kompetens*.

## Geriatrisk

På många håll finns samverkansavtal med geriatriker inom primärvården men ingen på plats. Det är inte troligt att det kommer att finnas geriatriker inom primärvården på alla ställen i framtiden. Och frågan är vem som ska bekosta vidareutbildningen om fler läkare ska vidareutbildas. Lösningen blir då att geriatrik bör ingå i all personals utbildning.

SPF Seniorerna förespråkar:

- att all personal inom vård och omsorg ska ha geriatrik kompetens.
- att kompetensen måste underhållas och det måste finnas krav på vidareutbildning inom t ex nya behandlingsmetoder och läkemedel.
- att personalen ska ha minst 3 månaders praktik på geriatrik klinik.

## Äldrepsykiatri

Äldrepsykiatri är från och med 2013 en tilläggsspecialitet i Sverige. Tidigare har det formellt inte varit en medicinsk specialitet till skillnad från bl.a. England, USA och Australien. I Sverige har äldrepsykiatri skötts av intresserade läkare framför allt inom psykiatri, allmänmedicin, geriatrik och neurologi. Behovet av äldrepsykiatrisk kompetens har ökat parallellt med stigande livslängd, medicinska framsteg och samhällets självklara krav på en god vård även för våra äldsta medborgare. Ansvar för äldrepsykiatri är uppdelad på olika sätt i sjukvården runtom i landet.

Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas inte avvecklas. En inventering visar dystra resultat. Specialiserad verksamhet för äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och

psykos saknas i majoriteten av landets 21 landstingsområden, visar en inventering av äldrepsykiatri.

### **Utbildning & ledarskap**

Utbildningen av de yrkesgrupper som ska verka inom vård och omsorg för äldre personer måste samordnas. Man måste under grundutbildningen få en förståelse för vad de andra kan i relation till det man själv lär sig och ska ta ansvar för. Det kan finnas skäl att se om man kan lägga in strimmor i undervisningen där alla undervisas gemensamt. Exempel kan vara etik- värdegrund i vården och vård i livets slutskede. Sådan gemensam undervisning bör också läggas in under specialist- och fortbildningarna.

#### ***Förslag:***

Utveckla utbildningen för all personal som möter äldre i behov av vård och omsorg. Inför också gemensam undervisning i vissa ämnen.

Utbildning och ledarskap för äldres vård och omsorg måste prioriteras. Utbildningen i ledarskap är för dålig idag. Man tar t ex inte vara på IT-system i tillräcklig grad. Alla yrkesgrupper som verkar inom vård och omsorg är i stort behov av stöd och handledning. Inte minst enhetscheferna måste ha tillräcklig utbildning inom ledarskap och ekonomi. En nordisk studie från 2008 visar att väldigt få (6%) i vård- och omsorgspersonalen på särskilt boende eller hemtjänst träffar närmaste chef dagligen medan desto fler (83%) träffade sin chef en gång i månaden eller mer sällan. Ledarfunktionen är viktig på många sätt t ex genom kvalitetsuppföljningar, ansvarsfördelning eller stöd när exempelvis situationer med våldsamma vård- och omsorgstagare uppstår. Ett bra ledarskap försöker också hitta lösningar för att undvika tidstjuvarna inom omsorgen. Det kan handla om att lägga om hemtjänstrutorna eller planera in tid för batteribyten. (LapsCare är ett system för effektivitet och kontinuitet inom hemtjänsten som har fungerat bra på många håll.)

#### ***Förslag:***

Ledarskapsutbildning och kompetensutveckling måste prioriteras för alla som har en ledande roll inom äldres vård och omsorg.

### **Forskning och utveckling**

Satsningar på forskning inom geriatrik och gerontologi har tyvärr minskat i proportion till den ökande andelen av äldre i befolkningen. Vetenskapsrådet har inga öronmärkta medel för forskning inom geriatrik och forskningsstiftelser som öronmärkt medel för forskning inom geriatrik och omvårdnad har svårigheter med sin finansiering.

”Utan forskning ingen god sjukvård – utan närhet till sjukvård ingen god klinisk forskning” sade geriatrikprofessorn Bertil Steen i en artikel i Läkartidningen 2004.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd påpekar att satsning på klinisk forskning och vetenskaplig utveckling inom geriatrik är en förutsättning för såväl rekrytering som kunskapsutveckling. Detta gäller såväl medicinsk forskning, rehabiliteringsforskning, omvårdnadsforskning, beteendevetenskaplig forskning som samhällsvetenskaplig forskning inom äldreområdet. Att olika berörda personalkategorier deltar i klinisk forskning bedöms ha stora synergieffekter, varför det är angeläget att stimulera till både medicinsk och tvärprofessionell forskning. Det finns även tydliga samband mellan en intressant och stark forskning och möjligheten att rekrytera intresserade läkare till specialiteten. Förekomsten av akademiska tjänster såsom lektorat och professurer gör arbetsplatsen mer attraktiv bland nylegitimerade läkare. Exempel på detta är t ex i Umeå och Stockholm där även den kliniska geriatriken växte sig stark när undervisning startade och forskningen hade framsteg

Geriatrisk är en relativt ny specialitet, och har som sådan fortfarande svårigheter att få anslag till och hinna med vetenskaplig kunskapsinhämtning i samma takt som många andra medicinskt mer etablerade specialiteter. Den demografiska utveckling ställer nu dock ändrade krav på vilken ny kunskap samhället och sjukvården är i behov av jämfört med tidigare decennier. Det är därför hög tid att beakta detta vid fördelning av medel för forskning. För att kunna vidareutveckla forskning inom geriatrik och gerontologi krävs ökade finansiella anslag under de närmaste åren, för att åtminstone uppnå en miniminivå som kan utgöra plattform för fortsatt vetenskaplig utveckling inom området.

#### **Förslag:**

Vetenskaplig forskning inom äldreområdet måste prioriteras och tillföras ökade öronmärkta finansiella medel för att äldreården och äldreomsorgen skall kunna utvecklas i takt med de krav som ställs med en ökande andel äldre i befolkningen.

#### **Kompetens**

- Personal inom svensk äldreomsorg och äldreomsorg samt anhöriga måste få tillräckliga förutsättningar, kompetensmässigt, ekonomiskt och organisatoriskt, för att kunna göra en högkvalitativ insats.
- All personal som möter äldre personer inom vård och omsorg ska ha geriatrisk kompetens och tillräcklig kunskap om det normala åldrandet.
- Det måste bli attraktivt att jobba med äldres vård och omsorg!
- Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas inte avvecklas.
- Fortbildningen av de yrkesgrupper som ska samverka inom vård och omsorg för äldre personer måste utvecklas och samordnas.
- Ledarskapsutbildning och kompetensutveckling måste prioriteras för alla som har en ledande roll inom äldres vård och omsorg.
- Vetenskaplig forskning inom äldreområdet måste prioriteras och tillföras ökade öronmärkta finansiella medel för att äldreården och äldreomsorgen skall kunna utvecklas i takt med de krav som ställs med en ökande andel äldre i befolkningen.

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

Olika regeringar har under lång tid försökt stimulera kommunerna till att utveckla sina stödverksamheter riktade mot anhöriga till äldre. En av bakgrunderna till en sådan ambition är insikten, att huvuddelen, minst 75 %, av de insatser som görs till äldre i behov av hjälp, vare sig det rör sig om vård eller omsorg utförs av anhöriga.

Sedan mitten av juli 2009 gäller att kommunerna, enligt SoL 5 kap. 10 §, är skyldiga att erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga som ger vård och omsorg. Då upprättades även ett Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, NKA. I en rapport från Socialstyrelsen konstateras att det fortfarande är svårt att få till stånd ett brett samarbete med hälso- och sjukvården när det gäller stöd till anhöriga. I en rapport från NKA visas att anhöriga kan ha svårt att identifiera egna stödbehov, men insatser som efterfrågas är 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. Alla vet inte vilket stöd de kan få. Studier visar att endast var fjärde anhörig som ger vård och omsorg känner till att de har laglig rätt till stöd och avlösning.

Stöd till anhöriga ska tillhandahållas enligt *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Dessa riktlinjer är allmänna och borde gälla alla anhöriga som vårdar eller ger omsorg. Minst lika viktigt är att kommunen informerar i tillräcklig grad om stödet som ska bestå av avlösning, utbildning och psykosocialt stöd. Stödet ska erbjudas tidigt i sjukdomsförloppet alt. i vård- och omsorgsinsatsens början. Stödet ska vara sammahållet och inte i punktinsatser. Det ska vara anpassat efter individen och den närstående måste vara med i processen. Helst ska dessa stödåtgärder ges i kombination. Stöd för att komma tillbaka till gamla nätverk när den anhörige går bort är också av stor vikt.

SPF Seniorerna hävdar att anhängigstödet måste skraddarsys och individualiseras. Vidare hävdas att anhöriga inte får uteslutas ur samverkanskedjan utan har en avgörande roll i sin närståendes vård och omsorg. NKA förespråkar bland annat två modeller för anhängigstöd som både främjar samverkan och individanpassning – Blandade lärande nätverk och IT-stöd. IT stöd till anhöriga finns redan idag i flera kommuner (ACTION) i form av en dator med pekskärm som gör att man kan komma i kontakt med vården, stödpersoner, andra anhöriga i samma situation, allmän information samt förstås komma ut på nätet och bli en del av informationssamhället. Denna möjlighet har uppskattats och bryter en del av isoleringen.

### **Ekonomiskt stöd till anhöriga som ger vård och omsorg**

I en motion till Kongressen 2011 ges exempel på att en kommun har infört åldergräns för ekonomiskt stöd till vårdande anhängig. SPF Seniorerna vill i sitt svar på motionen framhålla att om en åldergräns för hemvårdsbidrag eller anhängigersättning till anhöriga införs skulle detta innebära att mycket få anhöriga skulle komma ifråga för detta bidrag då medelåldern ofta är hög bland anhöriga makar som vårdar en make i hemmet.

SPF Seniorerna anser att ersättningen till anhöriga i form av anhängiganställning eller hemvårdsbidrag är berättigad men att någon åldergräns inte bör finnas. De anhöriga som vårdar en närstående i hemmet gör mycket stora insatser som kommunerna i annat fall fått bekosta. Det kan även anses vara ett felaktigt beslut att införa åldergräns 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.

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

- Stöd till alla anhöriga som ger vård och omsorg ska tillhandahållas genom utbildning, avlösning och psykosocialt stöd – gärna i kombination.
- Anhängigstödet måste vara flexibelt och individanpassat.
- Utförlig och tillgänglig information om vilka rättigheter till anhängigstöd som finns måste ges av kommunen.
- Utveckling av evidensbaserade metoder för IT-stöd till anhöriga som ger vård och omsorg ska prioriteras.
- Ekonomisk ersättning till anhöriga som ger vård och omsorg är berättigad men någon åldergräns bör inte finnas.

## **Minska behovet av vård och omsorg**

Medellivslängden i Sverige har ökat kraftigt under 1900-talet. Ett skäl till den ökade livslängden är att de äldres hälsa har förbättrats påtagligt. Orsaker till detta är bland annat en bättre arbetsmiljö, bättre kunskaper om förebyggande arbete och vikten av en hälsosam livsstil. Alltmer vetenskap visar att hälsofrämjande åtgärder av relativt enkel karaktär, t ex en timmes promenad om dagen



eller deltagande i en social aktivitet någon gång i veckan, leder till 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 dessutom blir kortare. Det man kallar ”compression of morbidity”.

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.

EU-kommissionens temaår 2012 fick namnet *Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna*, eller kort och gott *Äldreåret 2012* som det kallades i Sverige. Kommissionen beskrev sitt initiativ såhär. ”Livet slutar inte vid 60 – och samhället värdesätter i allt högre grad det som de äldre kan bidra med. Aktivt åldrande handlar om just detta: att få ut mer och inte mindre av livet när du blir äldre – på jobbet, i hemmet och i samhället”.

### **Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder**

Kommunen bör satsa på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder då de kostar litet i förhållande till mänskliga och ekonomiska vinster för den enskilde och samhället. Kommunen ska skapa förutsättningar, ibland i samarbete med landstinget. SPF Seniorerna och andra pensionärsorganisationer kan vara till stor hjälp i det hälsofrämjande arbetet.

Hälsofrämjande åtgärder kan handla om att skapa möjligheter för fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter. Det kan också handla om stimulerande boendemiljöer, att främja äldres trygghet och säkerhet samt att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt inom äldreomsorgen. Genom att arbeta hälsofrämjande kan man också förebygga skador och fallolyckor vilket kommer att bli ännu viktigare i framtiden. Kommun och landsting bör förbygga förekomsten av fallolyckor, olämplig läkemedelshantering, våld och övergrepp mot äldre samt alkohol- och tobaksmissbruk i viss mån.

### ***Fysisk aktivitet***

Människans kropp är gjord för rörelse och har behov av att användas för att bibehålla en bra funktion, rörlighet och med det öka möjligheterna att leva det liv man vill. Det har visats att hälsovinster av fysisk aktivitet är i stort sett desamma i alla åldersgrupper. En fysiskt aktiv livsstil främjar fysisk och psykisk hälsa, förebygger sjukdom och kan användas i behandling av sjukdomstillstånd. Regelbunden fysisk aktivitet, balansträning och bra matvanor förebygger tillsammans skador och olycksfall.

### ***Bra matvanor***

Bra matvanor handlar inte bara om näring och energi eller om tillräcklig mängd frukt och grönsaker även om de är viktiga aspekter på maten. Den kan och bör också vara en källa till glädje, fest, njutning och gemenskap. När andra aktiviteter minskar, ökar måltidernas betydelse och den sociala funktionen är viktig, inte minst för dem som till vardags får äta ensamma. Att stimulera till sociala mötesplatser där äldre kan träffas och äta tillsammans är av stor vikt i kommunerna.

### ***Social gemenskap***

Gemenskap och sociala relationer med andra människor är för de flesta av oss av stor betydelse för hälsa och livskvalitet oavsett ålder. Äldre personer som är socialt aktiva och aktiva i dagliga aktiviteter har bättre funktionsförmåga såväl fysiskt som psykiskt och lever längre än de som är inaktiva, oberoende av andra riskfaktorer. Tillgängligheten till mötesplatser, offentliga miljöer och kommunikationer är viktig eftersom möjligheten att förflytta sig är en avgörande förutsättning för att kunna delta i kulturella, sociala eller fysiska aktiviteter.

### ***Meningsfull sysselsättning***

Att känna sig behövd och att få positiva upplevelser är något som är angeläget för alla. Att vara aktiv och ”göra saker” som att odla sina fritidsintressen, passa barnbarn, resa, studera eller fortsätta att arbeta efter pensionen gör tillvaron meningsfull för många. Delaktighet och inflytande i samhället eller över den egna livssituationen är också viktigt för ett hälsosamt åldrande. Inte minst bjuder engagemang i politiken, kulturen eller i föreningslivet på stimulerande arbetsuppgifter. Det är också viktigt att man får uppskattning för sina insatser.

### ***Stimulerande boenden***

Även om vi lever allt längre och är vid god hälsa högt upp i åren så får vi så småningom funktionshinder av olika slag vilket kan leda till att den gamla bostaden inte längre är tillgänglig och bekväm att bo i. Det innebär att vi måste skapa ändamålsenliga bostäder som äldre människor kan och vill samt har råd att flytta till. Idag är det brist på sådana. Hur vi bor är i många fall avgörande för hur vårt liv på äldre dagar gestaltar sig. Det är hög tid att satsa på äldre människors boende och boendemiljöer!

Många vill bo kvar i sitt vanliga boende så länge kroppen orkar och minnet inte sviker. En förutsättning är att bostaden är tillgänglig och ändamålsenlig. Att det går att ta sig ut ur bostaden, och klara de vardagliga bestyren i kök och badrum, är lika viktigt för äldre som för alla andra. Minst hälften av de bostäder som dagens äldre bor i är mindre lämpliga och otillgängliga. Konsekvensen blir att en del äldre människor tvingas leva ett inaktivt liv och ”går ner sig” trots hemtjänst med följd att de blir i behov av vård- och omsorgsboenden i förtid, till nackdel för den enskilda och förenat med betydande kostnader för inte minst kommunen. Bostadsanpassning och tillgång till hiss är därför nödvändigt om man vill bo kvar och klara sig själv så långt som möjligt.

Uppskattningsvis 45 000 personer bor i senior- och trygghetsbostäder som är särskilt lämpade för äldre människor. Antalet trygghets- och seniorbostäder i olika regi har ökat något men inte i samma takt som behoven ökar. Trots att det statliga bidraget för att bygga trygghetsboenden har förlängts, har endast några tusen lägenheter tillkommit. Knappt 88 000 äldre människor bor idag i behovsprövat boende, särskilt boende, som också går under benämningen vård- och omsorgsboende. De flesta som bor där är i behov av sjukvård och omsorg dygnet runt. Under de senaste tio åren har antalet platser minskat med 30 000, och i dag är det knappt 5 procent av åldersgruppen 65 år och äldre som bor i vård- och omsorgsboende. Samtidigt ökar antalet äldre människor över 80 år – den grupp som behöver plats i just den typen av boende. I dag är de cirka en halv miljon, redan 2030 kommer de att vara närmare 800 000.

Det kostar mer för kommunen att erbjuda en plats i ett vård- och omsorgsboende, jämfört med om äldre kan bo kvar hemma eller flytta till en ändamålsenligare bostad och klara sig med hemtjänst. Därför behövs ett stort och varierat utbud av tillgängliga bostäder. För att få fart på byggandet och omvandlingen av befintliga bostäder, så att fler tillgängliga bostäder och bostadsområden erbjuds äldre måste kommunerna inventera och upprätta bostadsförsörjningsplaner som tar hänsyn till allt fler äldre, och de måste arbeta aktivt med markanvisning och söka samverkan med bygg- och fastighetsbolag. Om det finns ett utbud av attraktiva och tillgängliga bostäder för äldre människor är intresset stort för att flytta i tid.

### ***Hälsofrämjande hälso- och sjukvård – men också i omsorgen***

Det är mycket angeläget att vården och omsorgen inte endast fokuserar på sjukdomsbilden, utan än mer på de kvarvarande friska funktionerna för att uppnå en så hög livskvalitet som möjligt. Hög ålder är ingen orsak till att sluta att jobba hälsofrämjande och förebyggande. Att främja och bevara hälsa bör vara fokus inom både vård- och omsorg. Även rehabilitering efter olyckor, sjukdom eller operationer för att komma tillbaka till fullgod hälsa är av stor vikt oavsett ålder. Dock är vägen dit längre när man blir äldre. Risken att hamna i beroendeställning efter en olycka eller operation blir större ju äldre man blir. Inte minst viktigt för äldres hälsa är att man oavsett

ålder ser till att de slitna knäna och höftlederna, de grumliga ögonlinserna, de tilltäppta kranskärlen och de dåligt fungerande hjärtklaffarna som med dagens operationsmetoder faktiskt kan åtgärdas också görs det.

Äldres psykiska hälsa bör också uppmärksammas, utredas och behandlas i högre grad. Biståndsbedömning bör inte bara bedöma fysisk funktionsförmåga utan också ta hänsyn till otrygghetskänslor i form av ängslan, oro och ångest. Kanske är det också dags att införa och lyfta fram biståndsbedömning för hjälp med sociala och rekreativa aktiviteter samt möjlighet till utevistelse. Fysisk aktivitet på recept bör användas för äldre men en standardisering av aktiviteter som erbjuds bör genomföras.

### ***Trygghet & säkerhet***

Äldres trygghet och säkerhet ska öka både när det gäller miljöer och produkter. Det inbegriper bland annat frågor om tillgänglighet och närhet till varor och tjänster och på bra, effektiva hjälpmedel, trygga boendeformer och ändamålsenlig läkemedelsanvändning där läkemedel utvecklas för de äldre. Framgångsrika former för att främja trygghet och säkerhet är t ex att införa fixartjänster och förebyggande hembesök – gärna med en hälsofrämjande ingång i så kallade hälsosamtal.

När det gäller fall, brand, trafik och brott mot äldre finns det mycket man kan göra själv, med enkla insatser, men dessa risker bör uppmärksammas. Även en trygg miljö utomhus på t ex kvällar bör främjas. En trygg och säker miljö är hälsofrämjande. Att främja sociala nätverk och motverka isolering främjar också trygghet. Idag finns många goda exempel på hjälpmedel, larm och IT-verktyg som framgångsrikt används för att säkra trygghet och säkerhet i vardagen för äldre.

### ***Fallolyckor***

Äldre är överrepresenterade i nästan alla typer av olyckor men fallolyckan är den allra vanligaste. Skadehändelsen ”fallolyckan” handlar om fall i samma plan genom till exempel halkning och snubbling på underlag som golv, snö, is, trappor, dörrar och trösklar. I Sverige ökar fallolyckor och förgiftningar medan andra olyckor minskar. 2 500 äldre personer omkommer varje år till följd av skador, 70 000 måste läggas in på sjukhus till följd av skador och 180 000 uppsöker en akutmottagning efter att ha skadats. Den enskilt största skadehändelsen är fallolyckor.

En fortsatt god hälsa förhindrar olyckor. Eftersom kroppens rörelseförmåga helt naturligt försämras med stigande ålder är det särskilt viktigt att fortsätta leva ett aktivt liv. Det är av stor vikt att kunna fortsätta att vara socialt, fysiskt och psykiskt aktiv. Fysisk aktivitet och balansträning är bra men det är minst lika viktigt att tänka på vad man äter och dricker – både när det gäller mängd och näringsinnehåll. Andra faktorer som påverkar balans och risken för fall är läkemedelshanteringen och biverkningar samt nedsatt syn och andra funktionsnedsättningar.

Det finns mycket man kan göra själv för att förebygga fallolyckor men samhället måste också jobba säkerhetsfrämjande. Inte minst för att fallolyckor i framtiden kommer att stå för en stor del av kostnaden för vård och omsorg. Vi blir bara fler äldre, dvs. 85 plus, och det är vid den åldern som man faller i hemmet och i trafiken.

### ***Olämplig läkemedelshantering***

PRO, SPF Seniorerna och Apoteket AB samarbetar för att äldre ska få en bättre läkemedelsbehandling. Vi kallar det Koll på läkemedel. Projektets fokus ligger på att se till att vården blir bättre på att se till att patienter erhåller rätt läkemedel i rätt dosering och i rätt kombination med andra läkemedel.

Idag vet vi att i gruppen över 75 år får nästan 20 procent av dem tio läkemedel eller fler, att Sverige har en växande skara äldre varav många kommer i kontakt med vård och omsorg, att läkemedelsrelaterade problem kostar samhället cirka 30 miljarder per år och att det varje år skrivs in 1,5 miljoner patienter på sjukhus varav flera av dem är äldre med sammansatta vårdbehov.

Genom att ställa följande krav kan vi tillsammans bidra till en bättre läkemedelsbehandling för äldre med sammansatta vårdbehov:

- Varje äldre patient skall ha en läkare med totalansvar för patientens hela behandling.
- Kunskapen måste förbättras om hur man ska behandla sjuka äldre för att skapa största möjliga nytta för patienten.
- Läkemedelsgenomgångar behöver användas systematiskt för att skapa optimal patientnytta, och bli ett kostnadseffektivt verktyg för vård och omsorg.
- På sikt behövs en lagstiftning som garanterar alla över 75 år en systematisk genomgång av sin läkemedelsbehandling.

### ***Våld och övergrepp mot äldre kvinnor och män***

Våld mot äldre är ett ämne som det sällan pratas om. Det finns en bild av äldre som snälla och svaga som gör det svårt föreställa sig att någon kan slå en äldre person – eller att äldre själva slår. Men i själva verket är det inte särskilt ovanligt att äldre utsätts för våld eller övergrepp. I sitt eget hem kan äldre utsättas för våld av en partner, ett barn eller barnbarn, och på ett äldreboende kan en granne eller personal vara förövare. Det är viktigt att komma ihåg att våld är mycket mer än slag och sparkar, till exempel är hot och kränkningar, ekonomiskt utnyttjande, sexuella övergrepp och vanvård också våld.

Från och med 2012 har FN utsett den 15 juni till en *Världsdag om våld och övergrepp mot äldre*. Den mänskliga rättigheten att slippa utsättas för våld omfattar också äldre personer, och vi har alla ett ansvar att motarbeta våld! Målet med dagen och arbetet mot äldrevåldet är att uppmärksamma allmänheten, de äldre själva och opinionsbildare på våldet mot äldre samt att uppmäna beslutsfattare till handlingsberedskap inom kommun och landsting samt till mer forskning inom området.

### ***Alkohol och rökning***

Kunskapen om alkoholvanor hos äldre måste öka i samhället och inom vård och omsorg. Äldre är känsligare för alkoholens effekter bland annat på grund av åldersförändringar och läkemedel. Totalkonsumtionen av alkohol har ökat bland äldre på senare år medan den för andra åldersgrupper har stått stilla. Riskabla alkoholvanor är dock betydligt lägre hos äldre. Den ökade alkoholkonsumtionen kan bero på en ökad tillgänglighet genom t ex liberalisering av alkoholanvändning inom äldreomsorgen, bättre köpkraft, större förpackningar samt lägre socialt deltagande. Självmedicinering för att bedöva förlust av nära och kära kan också förekomma.

Det finns ett behov av utökad forskning om äldres alkoholvanor samt specifikt om kopplingen mellan äldres alkoholvanor och fallskador men även när det gäller kombinationen mellan alkohol och läkemedel. När det gäller både alkohol är det i första hand överbruk som måste förebyggas.

Forskningen visar att 65-74-åringar röker i samma grad som resten av befolkningen medan 75-84-åringar röker i lägre grad. Bland de äldsta kvinnorna ökar dock andelen rökare något. Det är aldrig för sent att sluta röka och det finns många bra hjälpmedel idag. Att sluta röka är viktigt för att undvika bl a KOL och cancersjukdomar.

## Kommunala äldreåd – KÄR

Äldre måste få en större delaktighet och inflytande i samhället och i sin egen vardag. Då krävs det förnyelse! Ett sätt kan vara att utveckla de kommunala pensionärsråden (KPR) till kommunala äldreåd (KÄR) med en utökad uppgift att även förebygga ohälsa och främja hälsa. Man kan också se det som att man för samman KPR och LPR samt deras frågor. I dessa råd måste både kommun och landsting vara representerade och det bidrar i sin tur till en bättre samverkan mellan kommun, landsting och kommunens äldre befolkning.

Samarbetet mellan kommunen och primärvården bör på så sätt stärkas och representanter från pensionärsorganisationerna kan hjälpa till att stimulera till ett hälsosamt liv på äldre dar. KÄR kan följa upp kommunens och vårdcentralernas arbete, inte på individ- utan på befolkningsnivå. Uppgifterna kunde, utöver KPR:s uppgifter, vara att uppmärksamma hur man främjar och behåller hälsan, att äldre erbjuds hälsosamtal, hälsoundersökningar för äldre i riskzonen till ohälsa, att slutenvård i möjligaste mån undviks, att omsorgen och primärvården samarbetar och att alla äldre har en läkare med ansvar för individens hela läkemedelsbehandling.

### Minska behovet av vård och omsorg

- Äldre måste ses som en resurs i samhället och inte utsättas för någon form av ålderism eller åldersdiskriminering.
- Satsa på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder – det kostar lite i förhållande till mänskliga och ekonomiska vinster för den enskilde och samhället.
- Äldre måste få delaktighet och inflytande i samhället och i sin egen vardag
- Utveckla de kommunala pensionärsråden (KPR) till kommunala äldreåd (KÄR) med en utökad uppgift att även förebygga ohälsa och främja hälsa.

## Vågar jag bli gammal?

I framtiden är det inte längre någon som ställer frågan ”Vågar jag bli gammal?”. Då ses äldre som en värdefull resurs i samhället vare sig man förvärvsarbetar, är engagerad i ideellt arbete, är anhörigvårdare eller engagerad i andra aktiviteter. Och även om man drabbats av svår ohälsa är man fortfarande en resurs som bärare av minnen och livserfarenhet.

Vi som är äldre känner oss trygga med den vård och omsorg vi får, och har rätt till, och de som möter oss inom vård och omsorg känner sig trygga i sin roll. Framtidens vård- och omsorgsgivare är rustade att möta äldre och har utbildning för det. De har själva valt att arbeta inom en bransch som är medmänsklig, social och som bjuder på stor möjlighet till både professionell och personlig utveckling.

## **SPF Seniorerna**

Box 22574, 104 22 Stockholm

Telefon 08-692 32 50

[info@spfseniorerna.se](mailto:info@spfseniorerna.se)