

KONGRESS 2025

A decorative graphic consisting of numerous circles of varying sizes. The circles are colored in two shades: a medium blue and a bright orange. They are scattered across the page, with a higher concentration of blue circles in the upper half and orange circles in the lower half, creating a dynamic, abstract background.

**Hälso-, sjukvårds- och
omsorgspolitiskt
program**

Förord

Härmed överlämnas Förbundsstyrelsens förslag till Hälso-, sjukvårds- och omsorgspolitiskt program för behandling på kongressen 2025.

Kongressen 2023 beslutade att uppdra åt Förbundsstyrelsen att revidera SPF Seniorernas nuvarande Vård- och Omsorgspolitiska program till kongressen 2025. Under arbetets gång har vi konstaterat att hälso- och sjukvårdsfrågorna fått en ökad tyngd i programförslaget, varför vi anser att det också bör framgå av rubriken.

Programmet vänder sig till:

- Beslutsfattare på nationell nivå, regering, riksdag, myndigheter och intresseorganisationer.
- Företrädare i distrikt och föreningar som ska utforma sina program för påverkansarbete på regional och kommunal nivå.
- Alla medlemmar som ska känna till organisationens ståndpunkter.

Beslut och direktiv till ett reviderat vård- och omsorgspolitiskt program återfinns i bilaga 1

Det bör noteras att förslaget till nytt program skiljer sig från det nu gällande på så sätt att de frågor som tas upp i det nya programförslaget behandlas och beslutas på nationell nivå, medan det nuvarande även behandlar frågor som beslutas på regional och kommunal nivå. Syftet är att distrikt och föreningar ska utforma egna program baserade på det nationella men anpassat till de regionala och kommunala förutsättningarna.

Förankringsprocessen internt började med att ett första förslag presenterades och diskuterades på Distriktsordförandekonferensen våren 2024. Dessa synpunkter dokumenterades skriftligt och beaktades i det fortsatta arbetet. Under hösten 2024 remitterades förslaget till samtliga distrikt, varav 14 distrikt inkommit med skriftliga synpunkter.

Generellt sett har remissvaren varit positiva och en klar majoritet har ställt sig bakom förslaget. Därefter har programförslaget uppdaterats och redaktionella förändringar genomförts för att underlätta läsningen.

Det bör framhållas att, för att programmet ska vara relevant och ett levande dokument, måste programmet uppdateras regelbundet. I synnerhet gäller detta bakgrunds- och faktadelen.

Hälso-, sjukvårds- och omsorgspolitiskt program

Sammanfattning av programmets förslag

Inledning

För SPF Seniorerna är det viktigt att alla har tillgång till en god och jämlik vård och omsorg som utgår från individens egna behov och villkor. Den demografiska utvecklingen ökar behovet av såväl hälso- och sjukvård som resurser till vård- och omsorg. För att behovet ska kunna tillgodoses krävs en palett av flera åtgärder.

Nedan följer en sammanfattning av de insatser som SPF Seniorerna ser som nödvändiga. Den fullständiga rapporten med fakta, överväganden motiv och förslag finns på sidan 5 och framåt.

Allmänt om kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Det råder brist på personal och kompetens inom såväl hälso- och sjukvård som inom vård och omsorg.

- Rekrytera och behålla personal
- Använd befintlig kompetens på rätt sätt
- Fokusera på digitalisering inkl. AI som frigör resurser och ger mer tid till vård
- Ta vara på senior kompetens och erfarenhet och betrakta seniorer som en potentiell resurs.
- Arbetsmarknadens parter måste ta ansvar för att arbetsmiljön förbättras. En god arbetsmiljö skapar förutsättningar för heltidsarbete, återrekrytering och ett längre arbetsliv.

Välfärdsteknik och digitalisering

Äldre personer är generellt sett positiva till välfärdsteknik och digitaliseringens möjligheter men vill inte att de införs på bekostnad av mänsklig kontakt och integritet.

- Öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård med hjälp av digitalisering
- Öka användarvänligheten i olika digitala system som vänder sig till allmänheten.
- Fokusera på den digitalisering som frigör resurser och som ger mer tid till vård.
- Varje nytt digitaliseringsprojekt måste följas upp och utvärderas samt ställning tas till om projektet ska bli en del i den ordinarie verksamheten.
- Frågan om samtycke för personer med nedsatt beslutsförmåga måste lösas.
- Digitalisering och övrig teknik får aldrig ersätta den mänskliga kontakten fullt ut.

Hälsofrämjande åtgärder och förebyggande hälso- och sjukvård

Fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser måste öka, vilket ligger i linje med den nya socialtjänstlagen, som träder ikraft den 1 juli 2025.

- Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom primärvården måste utvecklas.
- Arbetet med att undvika fallolyckor måste intensifieras. En nollvision ska gälla.
- Ta vara på, och stöd, civilsamhällets stora och viktiga arbete med att motverka ofrivillig ensamhet genom social samvaro och rörelsefrämjande aktiviteter.
- Inför ett nationellt vaccinationsprogram mot influensa, covid, bältros och RS-virus för seniorer och riskgrupper.
- Erbjud screening utan övre åldersgränser.

Hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård levererar vård av hög kvalitet, men har också allvarliga brister.

- Omställningen till en God och nära vård med primärvården som nav måste intensifieras och nå ut i verksamheten.
- Öka den nationella styrningen för att få en jämlik och mer kostnadseffektiv vård med ökad tillgänglighet och kontinuitet samt minskade vårdköer
- Använd befintliga avtal mellan regioner och privata vårdgivare för att minska vårdköerna.
- Minska antalet regioner och koncentrera den högspecialiserade vården.
- Vårdgivare måste enkelt och smidigt kunna dela hälsodata mellan varandra
- Minska den administrativa bördan för vårdpersonal.
- Värna patienternas valfrihet och verka för ett nationellt vårdvalssystem.
- Att kunna få en fast läkare kräver fler specialister i allmänmedicin.
- Öka antalet utbildningsplatser till geriatriker och specialistsjuksköterskor med geriatrisk inriktning
- Öka antalet utbildningsplatser till specialistsjuksköterskor med kunskap om demenssjukdomar.
- Primärvårdens ökade arbetsuppgifter måste följas av ökade resurser
- Arbetsmiljön inom primärvården måste förbättras så att fler orkar arbeta heltid och bristen på arbetskraft kan lösas
- Förändringsarbetet inom ramen för God och nära vård måste ske parallellt med att antalet vårdplatser på akutsjukhusen ökar och den medicinska kompetensen inom den kommunala sjukvården och omsorgen ökar.
- Den medicinska kompetensen inom hemsjukvård och omsorg bör på sikt ha samma huvudman för att göra yrket mer attraktivt och öka tillgången till läkare. Dagens splittring har placerat äldre i ett B-lag vad gäller tillgången till medicinsk kompetens. Som ett första steg måste avtalen om läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården stärkas och blir mer jämlika mellan olika kommuner.
- Det krävs särskilt fokus på kompetenshöjande åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården.
- Man ska kunna lista sig hos en namngiven läkare på den vårdcentral man väljer.

- Antalet listade invånare per läkare på en vårdcentral ska kunna begränsas. Hänsyn ska tas till vårdtyngd och socioekonomiska förhållanden. Utgångspunkten bör vara 1100 listade invånare per läkare. Det skulle leda till en bättre arbetsmiljö på vårdcentralerna.
- För att få tillgång till en äldreomsorg bör individens behov snarare än en angiven åldersgräns styra. Målgruppen bör vara äldre patienter med flera komplexa diagnoser.
- Äldreomsorgar ska ha tillgång till geriatrisk kompetens.
- En nationell kartläggning och utvärdering av äldreomsorgarna bör genomföras.

Vård och omsorg

Ambitionsnivån för äldreomsorgen måste höjas. Sveriges äldreomsorg får inte fungera som en budgetregulator för att klara kommunens ekonomi.

- Det krävs en ökad nationell styrning av äldreomsorgen för att de brister som finns ska kunna åtgärdas
- Äldreomsorgen måste omfattas av krav på goda levnadsförhållanden och en god levnadsnivå. Ett exempel på detta är att alla som kan ska ges möjlighet till regelbunden utevistelse.
- Vid anställning av personal inom äldreomsorgen ska det i lag, på samma sätt som det i dag gäller för arbete med barn, regleras om krav på utdrag ur belastningsregistret.
- Bristen på läkarkompetens och kraven på medicinsk utrustning måste åtgärdas
- Rådande underbemanning och kompetensbrist måste åtgärdas
- Det lagreglerade kravet på tillgång på sjuksköterska dygnet runt måste efterföljas med krav på sanktioner om lagen inte följs.
- Brister i vård i livets slutskede, läkemedelshantering, kontinuitet och dokumentation måste åtgärdas
- Problem med undernäring måste åtgärdas
- Tillgång till specialistsjuksköterskor med kunskap om demenssjukdomar ska finnas på alla boenden
- Anhörigas insatser måste uppmärksammas och uppskattas i större utsträckning
Rätten för anhöriga att få stöd och avlösning måste stärkas

Samverkan oberoende av huvudman

För att samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän ska fungera måste lagstiftningen stödja det. I den nya socialtjänstlagen som träder ikraft den 1 juli 2025 framgår att kommun ska samverka med region samt andra relevanta samhällsorgan och organisationer.

- Om regional och kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg ska kunna samverka måste vissa frågor regleras på liknande sätt i HSL och SoL. Grundläggande är att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket nu återfinns i regeringens proposition till ny socialtjänstlag. Olika sekretessregler får inte utgöra ett hinder för att kunna dela viktig medicinsk information. Samma krav på kompetens, bemanning och kvalitet skall gälla, som att den vård som ges ska leda till goda

levnadsförhållanden och en god levnadsnivå även när verksamheten styrs av socialtjänstlagen.

- Det krävs särskilt fokus på kompetenshöjande åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården
- Den medicinska kompetensen inom den kommunala primärvården och samverkan med den regionala sjukvården måste stärkas
- Den medicinska kompetensen inom samma organisation bör inte splittras på olika huvudmän. I avvaktan på att en sådan reform genomförs måste avtalen mellan kommuner och regioner vad avser läkarmedverkan skärpas, bli tydligare och mer likvärdiga.
- Specialistvården inom geriatrik behöver utvecklas och tillgången på geriatrisk kompetens öka.
- För att minska oplanerade återinskrivningar krävs samordnade insatser mellan den kommunala primärvården och den regionala akutsjukvården, högre tillgång på läkare inom kommunal vård och fler disponibla vårdplatser på sjukhus samt att omställningen till en God och nära vård genomförs.

Ojämlig vård och åldersdiskriminering

Idag påverkar patienters ålder, kön och deras bostadsort vilken vård de får tillgång till.

- Avskaffa generellt den kronologiska åldern för att bestämma vilken vård som ska ges. Individuella medicinska bedömningar ska vara avgörande för vad som är adekvat vård
- Erbjud screening utan övre åldersgränser
- Inför ett nationellt vaccinationsprogram mot influensa, covid, bältros och RS-virus för riskgrupper
- Uppmärksamma den ojämställda vården av kvinnor

Hörsel och syn

- Korta väntetiderna för tillgång till hörselhjälpmedel genom att regionerna träffar avtal med privata vårdgivare.
- Patientens kostnad för regionens basutbud av hörselhjälpmedel kan ges som bidrag till den som önskar få tillgång till ett bredare utbud av hörselhjälpmedel.
- Korta väntetiderna till starroperationer genom att regionerna träffar avtal med privata vårdgivare.
- Inför fritt vårdval inom hörselvården
- Inför fritt vårdval för gråstarrsoperationer

Mun- och tandhälsa

Det finns ett klart samband mellan dålig tandstatus och andra sjukdomar.

- Tandvården ska betraktas som en del av hälso- och sjukvården och omfattas av ett högkostnadsskydd liknande det inom hälso- och sjukvården.
- Öka kännedomen om äldres rätt till en årlig munhälsobedömning.

Läkemedelsanvändning bland seniorer

Det har skett stora förbättringar vad gäller förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre, men än finns saker att göra.

- Arbetet med att minska användningen av olämpliga läkemedel måste fortsätta med kraft. Det är fortfarande oacceptabla skillnader mellan regioner och kommuner.
- Läkemedelsgenomgångar bland seniorer måste intensifieras.
- Läkemedel måste också kunna testas på friska seniorer såväl män som kvinnor. Inte heller ska seniorer uteslutas från forskningsstudier.

Palliativ vård

Tillgången till palliativ vård är huvudsakligen koncentrerad till storstäder.

- Utveckla och främja en jämlik palliativ vård i hela landet

Rätten att få avsluta sitt liv

Frågan om individens rätt till självvalt livsslut är komplex.

- Vi anser att en parlamentarisk utredning snarast ska tillsättas för att ge frågan en allsidig belysning och skapa förutsättningar för ett ställningstagande i denna komplexa fråga.

Fakta, överväganden, motiv och förslag

Allmänt om kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Den demografiska utvecklingen innebär att andelen äldre ökar. Det gäller särskilt gruppen 85+. Det i sin tur ökar behovet av såväl hälso- och sjukvård som resurser till vård och omsorg. Denna utveckling kan inte lösas som hittills, med bara skattehöjningar och personalrekryteringar. I stället måste kostnadsutvecklingen brytas samtidigt som behovet av medarbetare säkras. För att uppnå detta måste en palett av åtgärder vidtas samtidigt: Digitaliseringen måste fortsätta, sätten att arbeta utvecklas och befintlig kompetens användas på rätt sätt.

Ta bättre vara på kompetensen

Idag kan administration ta så mycket som 25 - 50% av vårdpersonalens arbetstid i anspråk och inte minst läkare utför administrativa arbetsuppgifter som andra personalgrupper skulle kunna överta. Det är dålig användning av kompetens och resurser.

Idag är deltidsarbete vanligt bland både läkare som sjuksköterskor, inte minst på vårdcentraler. En utredning från 2013 visar att nästan hälften (46 procent) av specialisterna i allmänmedicin arbetade deltid, vilket är betydligt högre än bland andra specialisläkare. Som skäl till deltid anges ofta den tunga arbetsbelastningen. En bättre arbetsmiljö inom såväl regionalt som kommunalt driven hälso- och sjukvård skulle sannolikt leda till att fler medarbetare kunde återgå i heltidstjänstgöring. Samtidigt finns det situationer då deltidsarbete är fullt rimligt. Det kan gälla att en tjänst kombineras med forskning eller att läkare på vårdcentraler också har uppdrag inom vård- och omsorg eller inom den kommunala sjukvården.

Vidare är det rimligt att arbetslivet förlängs. Vi lever längre och är friskare högre upp i åren. Den som arbetar längre förbättrar sin pension, men framför allt både kan och vill seniora medarbetare bidra med sin erfarenhet och kompetens och därmed vara med och säkra framtida personalförsörjning. Numera finns det också en s.k. riktålder i pensionssystemet och som följer medellivslängdens utveckling. Arbetsmarknadens parter måste därför ta ansvar för att arbetsplatserna kännetecknas av en god arbetsmiljö med både flexibla arbetstider och fler heltidssysselsatta.

Lovande utveckling

Utvecklingen går åt rätt håll. SKR presenterade i november 2023 en rapport som visar att den genomsnittliga avgångsåldern ökar redan nu och att anställda över 65 år arbetar kvar eller kommer tillbaka efter pensioneringen, samt att andelen heltidsanställda fortsätter att öka. Däremot är sjukfrånvaron fortfarande hög, vilket visar på fortsatt behov av satsningar på en bättre arbetsmiljö. En bättre arbetsmiljö kan också leda till återrekrytering av dem som lämnat vårddyrket.

Sammanfattning:

- Rekrytera och behålla personal.
- Använd befintlig kompetens på rätt sätt.
- Fokusera på digitalisering inkl. AI som frigör resurser och ger mer tid till vård.
- Ta vara på senior kompetens och erfarenhet och betrakta seniorer som en potentiell resurs.

- Arbetsmarknadens parter måste ta ansvar för att arbetsmiljön förbättras. En god arbetsmiljö skapar förutsättningar för heltidsarbete, återrekrytering och ett längre arbetsliv.

Välfärdsteknik och digitalisering

Syftet med välfärdsteknik är att stärka äldreomsorgen genom att bidra till ökad trygghet, delaktighet och självständighet för seniorer samtidigt som tekniken kan vara ett viktigt stöd för medarbetarna. Välfärdsteknik kan också bidra till ett effektivare utnyttjande av befintliga resurser. Här måste uppmärksamhet riktas mot de hinder som uppmärksammas och som utgör ett hinder för en ökad användning av välfärdsteknik. Ett sådant hinder är exempelvis frågan om samtycke från personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Frågan har nyligen varit föremål för utredning (2023:147) och överlämnades till regeringen den 8 april 2025. Utredningen föreslår dels en reglering som tydliggör att digital teknik får användas vid alla insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, SoL resp. LSS, dels en särskild reglering som möjliggör monitorering, sensorering och positionering och som kräver särskilt samtycke till personuppgiftsbehandling. I anslutning till detta föreslås en särskild reglering som möjliggör för personer med nedsatt beslutsförmåga att ta del av insatser med digital teknik.

Förslagen kommer att bidra till en ökad användning av digital teknik, vilket i sin tur kommer att öka effektiviteten för inom socialtjänstens arbete. Regeringen har också under våren 2024 gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera lokala erfarenheter av välfärdsteknik inom äldreomsorgen t.ex. trygghetslarm, digital natillsyn och läkemedelsautomater. Uppdraget ska redovisas senast 1 september 2025.

När det gäller digitalisering av den administrativa verksamheten är det viktigt att fokusera på den verksamhet som kan frigöra resurser och ge mer tid för vård.

Ökad användning

Under coronaepidemin ökade användningen av digitala verktyg kraftigt bland seniorer. Motsvarande ökning skulle sannolikt ha tagit flera år under normala förhållanden. Under den ofrivilliga isoleringen erbjöd den digitala tekniken nya möjligheter att hantera vardagen och många började använda funktioner för videomöten. Något som också ökade kraftigt under pandemin var användandet av appar för kontakt med hälso- och sjukvården.

Enligt senaste rapporten från Internetstiftelsen, 2024, använder 85 procent av Sveriges pensionärer internet, men variationerna inom gruppen är stora. Bland personer i åldern 65-75 år använder hela 95 procent internet medan motsvarande siffra bland pensionärer som är äldre än 75 är 72 procent. Sett till hela befolkningen använder 95 procent av svenskarna internet. Åldern är den faktor som har störst påverkan på internetanvändandet och i åldern 16-64 år uppper alla, 100%, att de använder internet.

Värt att notera är att användningen av digitala tjänster för sjukvård sjönk något under 2023 jämfört med 2022, sannolikt för att behovet inte längre är lika stort som under covidepidemin då fysiska besök i princip inte var möjliga. Fortfarande är användandet dock högt. 80 procent av svenskarna använder e-tjänster för sjukvård och i gruppen yngre pensionärer är användningen 78 procent. Bland personer äldre än 75 år har användningen av e-tjänster för sjukvård sjunkit till 56 procent.

Det är betydligt färre som använder vårdappar för digitala läkarbesök, där man har kontakt med en läkare via videosamtal eller chatt. Bara 22 procent av svenskarna använder den typen av tjänst. I gruppen yngre pensionärer är användningen 12 procent och bland 40-talister och äldre 9 procent.

För att man ska kunna utnyttja digitala tjänster för sjukvård krävs att man har bank-ID eller motsvarande. Idag har 92 procent av svenskarna mobilt bank-ID, och nästan lika hög andel av de yngre pensionärerna. Bland äldre pensionärer har dock bara 60 procent mobilt bank-ID. De stängs alltså ute från många digitala tjänster.

E-hälsa

Inom regioner och kommuner ökade E-hälsoarbetet under pandemin genom sådant som videomöten med anhöriga och digitala vårdmöten. Trygghetslarm används sedan länge, men under pandemin blev det också vanligare med nattlig tillsyn inom hemtjänsten med hjälp av webbkameror och larm som varnar när en omsorgstagare lämnar sin säng.

Det råder dock stora skillnader mellan olika kommuner vad gäller den teknik som erbjuds och tillgången är inte jämlik bland befolkningen.

Följande fakta bygger på Socialstyrelsens rapport ”E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023, uppföljning i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård” samt ”Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2024.”

Tillgänglig välfärdsteknik för personer > 65 år i ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre 2023. (Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik):		
	Ordinärt boende	Särskilda boendeformer
Digitala lås	85 %	64 %
Stöd för digitala inköp	53 %	11 %
Passivt larm/sensorer	77 %	98 %
GPS-larm	62 %	66 %
Natttillsyn med digital teknik	78 %	48 %
Stöd för fysisk träning/aktivering	38 %	58 %
Digitala läkemedelsfördelare	42 %	-

Skillnaderna mellan ordinärt och särskilt boende beror i regel på att behoven är olika. Det som ökat mest i ordinärt boende de senaste åren är stöd för digitala inköp och på särskilda boenden har digitalt stöd för fysisk träning/aktivering ökat mest.

Enligt statistik från Socialstyrelsen ökar även digitala planeringsverktyg för personalen. 96 procent av kommunerna erbjuder digitala planeringsverktyg för hemtjänsten, medan 43 procent erbjuder det för personal i särskilt boende.

Anmärkningsvärt är att flera kommuner som infört olika former av välfärdsteknik har mycket få användare, i vissa fall inga alls! Vad gäller GPS-larm svarar sju kommuner för två tredjedelar av alla landets användare, medan 27 procent av kommunerna som erbjuder larm saknar användare helt. När det gäller digital natttillsyn finns i genomsnitt 16 användare per kommun och 6 procent saknar helt användare. I snitt 12 användare per kommun nyttjar läkemedelsfördelare, medan 16 procent av kommunerna inte har någon användare alls.

Orsakerna till det låga eller obefintliga antalet användare måste analyseras djupare. Kan det vara så att de statliga stöden stimulerat till inköp men att det sedan saknats resurser för utbildning och

implementering? Vård- och omsorgsanalys påtalar att personalens erfarenheter och kunskaper inte tas tillvara i tillräcklig omfattning när digital teknik införs.

Viktigt med stöd och utbildning

Seniorer är generellt sett positiva till välfärdsteknik och ser klart fördelarna, men de uttrycker också en oro för att den kan leda till färre mänskliga kontakter och ökad ensamhet.

Integritetsfrågor och olika former av brottslighet måste också beaktas.

Det är viktigt att kommunerna aktivt stödjer en digital utveckling för alla. 2023 erbjöd 71 procent av kommunerna stöd till enskilda personer i form av utbildning och liknande och 21 procent uppger att man lånar ut digital teknik.

De större kommunerna erbjuder mest stöd. Bland kommuner med färre än 10 000 invånare erbjuder 58 procent utbildning medan samtliga kommuner med fler än 100 000 invånare erbjuder utbildning. Ofta anlitar kommunerna någon utbildningsorganisation som ABF eller Vuxenskolan för att hålla i utbildningen. Även seniororganisationerna är ofta engagerade.

En viktig målgrupp att nå är äldre som lämnat arbetslivet sedan några år tillbaka. Den tekniska utvecklingen går oerhört snabbt och kunskaper som förvärvats under arbetslivet blir snabbt obsoleta.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterar att regeringens satsning på välfärdsteknik inom äldreomsorgen som påbörjades 2020 för att nå visionen e-hälsa 2025 har bidragit till ökad användning av välfärdsteknik. Samtidigt ser man ett antal strukturella hinder som kommuner och regering måste åtgärda genom att:

- äldre erbjuds information och kompetenshöjande åtgärder inom välfärdsteknik
- användningen av välfärdsteknik utgår från individuella behov och förutsättningar
- arbetsmiljöperspektivet stärks och att personalen involveras mer i införandet
- frågan om samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga tydliggörs
- arbetet med standarder för välfärdsteknik och digital infrastruktur i hela landet påskyndas.

Vård i mobilen

I framtiden kommer det inte att handla om digital eller fysisk vård. Inom primärvården kommer det att finnas både och. Behov, lämplighet och individuella önskemål avgör vilken typ av vård som används när.

Det talas ibland om undanträngningseffekter genom att vårdgivare med fokus på e-hälsa skulle föredra enkla fall. Det ligger i sakens natur att medicinska kontakter via nätet huvudsakligen rör enklare fall medan komplicerade fall kräver fysiska kontakter. I den mån detta skulle vara ett problem behöver man se över ersättningsnivåerna, så att det blir lönsamt att ta emot även komplicerade fall.

Från vårdgivarhåll betonas att arbetsmiljön blir bättre om patientunderlaget är blandat. Självklart ska multisjuka och sköra äldre med en komplex sjukdomsbild erbjudas fysisk vård. Däremot skulle uppföljningssamtal kunna ske digitalt, till fördel för både vårdgivare och patient. Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården är ett stort problem. Digital teknik som kan öka tillgängligheten måste välkomnas. Idag kan förnyelse av läkemedel ske digitalt. De digitala mötena inom primärvården har ökat och att kunna läsa sin egen journal digitalt är idag en självklarhet.

Ett område som skulle kunna utvecklas är möjligheten att boka vårdcentralstid digitalt. Alla vårdcentraler bör erbjuda användarvänliga sätt att boka tid digitalt och sprida kunskap om hur dessa används.

Sammanfattning:

- Öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård med hjälp av digitalisering
- Öka användarvänligheten i olika digitala system som vänder sig till allmänheten.
- Fokusera på den digitalisering som frigör resurser och som ger mer tid till vård.
- Varje nytt digitaliseringsprojekt måste följas upp och utvärderas samt ställning tas till om projektet ska bli en del i den ordinarie verksamheten.
- Frågan om samtycke för personer med nedsatt beslutsförmåga måste lösas.
- Digitalisering och övrig teknik får aldrig ersätta den mänskliga kontakten fullt ut.

Hälsofrämjande åtgärder och förebyggande hälso- och sjukvård.

Fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser måste öka. Viktiga områden inom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är satsningar på att motverka fallolyckor, på ökad mun- och tandhälsa, fast vård- och/eller läkarkontakt, nationella vaccinationsprogram, screening utan åldersgränser, läkemedelsgenomgångar i enlighet med gällande lagstiftning, arbete mot våld i nära relationer, insatser mot psykisk ohälsa samt arbete med suicidprevention. Enligt regeringens förslag till ny socialtjänstlag ska socialtjänsten arbeta förebyggande och med tidiga insatser. Frågan om ett nationellt vaccinationsprogram mot influensa, covid, bältros och RS-virus för seniorer och riskgrupper samt screening utan övre åldersgräns behandlas också på sidan 20 under rubriken ojämlikvård och åldersdiskriminering.

Civilsamhället en viktig resurs

Vi i SPF Seniorerna vill också peka på att regelbunden motion och insatser för att motverka ofrivillig ensamhet är viktiga delar i det hälsofrämjande arbetet. Här utgör civilsamhället en stor och viktig resurs. Inte minst erbjuder seniororganisationerna såväl social samvaro som olika rörelsefrämjande aktiviteter.

Att förebygga fallolyckor bland äldre är den enskilt viktigaste åtgärden för att såväl spara pengar som att undvika mänskligt lidande och för tidig död. Enligt Socialstyrelsen leder fallskador varje år till 300 000 sjukhusbesök och 1 200 dödsfall. (Det är sex gånger så många som de drygt 200 personer som avlider i trafiken varje år.)

Sammanlagt beräknas fallolyckor kosta samhället mer än 11 miljarder kronor om året.

Vill se en nollvision

Regeringen har antagit en vision att minska antalet fallolyckor till hälften och Sveriges kommuner och regioner, SKR, har inom ramen för sin ”Strategi för hälsa” tagit fram ”Nationell kraftsamling för att minska fallskador hos äldre”. När det gäller dödliga arbetsplats- och trafikolyckor har man dock ambitiösare mål. Där gäller nollvision. SPF Seniorerna anser att en nollvision bör gälla även för fallolyckor.

Mycket att vinna

En stor del av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet stannade av under pandemin. Flera regioner har dock redovisat att antalet hälsosamtal och hälsoundersökningar ökat under 2022.

Det är positivt. Satsningar inom ovan nämnda områden skapar inte bara hälsovinster utan innebär också stora samhällsekonomiska vinster.

Sammanfattning:

- Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom primärvården måste utvecklas.
- Arbetet med att undvika fallolyckor måste intensifieras. En nollvision ska gälla.
- Ta vara på, och stöd, civilsamhällets stora och viktiga arbete med att motverka ofrivillig ensamhet genom social samvaro och rörelsefrämjande aktiviteter.
- Inför ett nationellt vaccinationsprogram mot influensa, covid, bältros och RS-virus för seniorer och riskgrupper.
- Erbjud screening utan övre åldersgränser.

Hälso- och Sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård levererar vård av hög kvalitet och många gånger i världsklass, men att det finns allvarliga brister i dagens hälso- och sjukvårdssystem är väl dokumenterat. Det handlar om köer, bristande tillgänglighet och bristande kontinuitet. Kostnaderna för den svenska vården är hög i ett internationellt perspektiv. Svenska läkare träffar också betydligt färre patienter än vad deras utländska kollegor gör.

Den statliga utredningen Behovsstyrd vård (S2024:05) presenterade i januari 2025 förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården. Utredningen noterar att väntetiderna successivt har ökat. I augusti 2024 hade 89 000 personer stått i kö längre än vad vårdgarantin stipulerar, vilket är 2 000 fler än motsvarande period 2023. Samtidigt är de regionala skillnaderna stora. Värst drabbade är norrlandsregionerna Norrbotten, Västerbotten och Jämtland Härjedalen där mellan 70-71% av dem som stod i kö väntat längre än vårdgarantin. Lägst andel visade region Jönköping med 19%. Vidare noterar utredningen att det totalt i landet finns c:a 500 avtal som upphandlats enligt LOU och c:a 500 avtal med privata vårdgivare som verkar enligt LOV. Utredningen noterar att befintliga avtal inte används i den utsträckning som skulle vara möjligt, vilket enligt vår uppfattning är uppseendeväckande. Anledningarna till detta är enligt utredningen följande: Ekonomiska, d.v.s. regionerna anser sig inte ha ekonomiska resurser att uppfylla vårdgarantins mål. Den andra är bristen på kunskap om hur avtalen ska tillämpas och den tredje är att utredningen noterat att det kan finnas vissa administrativa hinder, när det gäller att utnyttja avtal utanför den egna regionen. Utredningen föreslår nu en engångsinsats på 284 miljoner kronor för att korta köerna för höftledsoperationer, framfall och grå starr. Utöver rådande långa väntetider är motiven att dessa åtgärder inte kräver akutsjukhusens resurser utan passar väl för privata vårdgivare och därmed frigör resurser för sjukhusen. Vidare bör noteras att dessa insatser är åldersrelaterade. Denna satsning ska ställas i relation till de 7,5 miljarder som riksdagen beslutat om för 2025 vad avser att öka tillgängligheten och antalet vårdplatser.

Dagens system ger regionerna för stort utrymme för egna tolkningar och lösningar. Att verksamheter utvecklas parallellt i olika regioner kräver dessutom stora resurser.

En relevant fråga är om dagens organisation med 21 självständiga regioner är kostnadseffektiv när det gäller en sådan kunskaps- och forskningsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård. En ökad nationell styrning, med eller utan ändrat huvudmannaskap ter sig nödvändig. Ett statligt huvudmannaskap eller en tydligare nationell styrning skulle göra att befintliga resurser kunde

utnyttjas mer effektivt. Det skulle också få bort omotiverade geografiska skillnader och därmed bidra till en mer jämlik vård.

Ett sätt att skapa större statlig styrning utan ändrat huvudmannaskap är att minska antalet regioner, förslagsvis till de sex samverkansregioner som finns idag. Dagens regionala cancercentra är exempel på hur goda effekter kan uppnås när högspecialiserad vård samlas.

F.n. arbetar en parlamentarisk utredning, Vårdansvarskommittén (S 2023:04), med frågan om huvudmannaskapet inom hälso- och sjukvård. Den ska belysa frågan om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Enligt direktiven omfattas endast den regionalt finansierade hälso- och sjukvården, d.v.s. inte den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen ska överlämnas till regeringen senast den 2 juni 2025.

Måste nå ut i verksamheterna

Ett exempel på bristen av nationell styrning är just regeringens och riksdagens beslut om God och nära vård, där fokus ligger på ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Omställningen till en God och nära vård har de senaste åren genomsyrat arbetet inom all hälso- och sjukvård. God och nära vård är varken någon ny organisationsform eller en ny benämning på primärvården utan ett personcentrat förhållningssätt med fokus på samverkan mellan regioner och kommuner, där primärvården utgör navet. Målet är att patienten ska få en samordnad vård, där förebyggande vård ingår, som stärker folkhälsan.

Hittills ser dock Myndigheten för vård- och omsorgsanalys varken några förbättringar för patienterna eller för verksamheternas förutsättningar att nå målen.

Trots lagändringar och omfattande statsbidrag (drygt 31 miljarder under perioden 2019 - 2024) har regionerna inte prioriterat att ge den öppna specialistvården eller primärvården ökade resurser trots att de fått ett större uppdrag, som att ta över uppgifter från akutsjukvården. Regionernas arbete med God och nära vård fastnar på strategisk nivå, medan själva verksamheten huvudsakligen löper på som förut, men med ökade kostnader och underskott. Projekt som startats saknar tydliga effekter på verksamheten. För 2025 har regeringen beslutat att fördela 3,7 miljarder kronor till kommuner och regioner för att utveckla en god och nära vård med fokus på primärvården.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys måste kompetensförsörjningen och arbetsmiljön åtgärdas om målen med God och nära vård ska kunna nås. Antalet specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor har under senare år minskat i relation till befolkningsmängden. Inom kommunal hälso- och sjukvård har istället den icke-legitimerade personalen ökat.

Även Socialstyrelsens senaste uppföljning 2022 visar att införandet av en God och nära vård inte haft några tydliga effekter i ett patientperspektiv. Socialstyrelsen anser att den centrala styrningen behöver utvecklas och tydligare förankras i linjeverksamheten. Samverkansformerna behöver utvecklas för att omställningen ska få större spridning.

Effektivisering genom ökad samordning

Nya medicinska framsteg, nya läkemedel och avancerad teknisk utrustning erbjuder patienter flera friska år, men leder också till ökade kostnader. Därför är det nödvändigt att utnyttja resurserna så effektivt som möjligt. Olikskheterna i de 21 regionerna visar att det finns ett utrymme för kostnadseffektiviseringar. Samtidigt leder olikheterna till en ojämlig vård. Att öka tillgängligheten och minska vårddköerna genom att utnyttja befintliga resurser mer effektivt måste prioriteras. En åtgärd bör vara att minska vårdpersonalens administrativa börda som tar resurser från själva

vården och tid för patienter. En förbättrad personalförsörjning och arbetsmiljö skulle också leda till en ökad kontinuitet i vården och bidra till lägre kostnader.

Digitala system, inklusive AI-hjälpmiddel, måste samordnas på nationell nivå för att undvika dubbelarbete och minska administrationen för vårdpersonalen. År 2023 fick E-hälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att ta fram "Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården". Samtidigt tillsattes en nationell samordnare för dess frågor, med målet att hälsodata ska bli tillgängliga för alla vårdgivare på såväl kommunal som regional nivå och inom tandvård, oavsett huvudman. Redan våren 2024 presenterade E-hälsomyndigheten sina förslag, som innebär en årlig kostnadsökning för den digitala infrastrukturen motsvarande 500 milj. kronor fram till 2028. Då kommer den årliga kostnaden för infrastruktur till 1,5 miljarder per år. Den nationella samordnarens uppdrag ska i sin tur slutredovisas senast 1 januari 2026.

I januari 2024 tillsattes ytterligare en utredning om nationell digital infrastruktur för hälsodata, 2024: A, med fokus på kommande EU-lagstiftning i frågan. Så sent som i maj 2024 har dessutom en utredning om infrastruktur för hälsodata presenterats: "Delad hälsodata-dubbel nytta", SOU 2024:33. Enligt SPF Seniorerna måste möjligheten att enkelt och smidigt dela hälsodata mellan vårdgivare ges högsta prioritet och arbetet får inte "hamna i vänteläge" i avvaktan på andra utredningar.

Vårdval

Patientens valmöjligheter i vården måste också stärkas. Nu går utvecklingen i motsatt riktning genom att många avtal sägs upp för att i stället bedriva vården i egen regi. Vi förespråkar, för att bättre kunna utnyttja kapaciteten, att ett nationellt vårdvalssystem skapas. På sidan 10 visar vi att det idag finns avtal med privata vårdgivare med ledig kapacitet och som inte utnyttjas. I stället tvingas människor vänta utöver vårdgarantin i onödan. Detta är fullständigt oacceptabelt. Redan i dag har vårdgivare skyldighet att erbjuda vård, offentlig eller privat om den egna kapaciteten inte räcker till. Nuvarande förhållanden leder till onödigt lidande och onödiga sjukskrivningar och därmed onödigt höga samhällsekonomiska kostnader som följd.

Komplexa behov

Åldrandet ändrar förutsättningar för konkreta insatser som medicinering, blodtransfusioner och blodtryck under operationer. Äldres tillgång till nya läkemedel dröjer och dessutom får äldre vänta längre på akuten. Det förklaras ofta med att den som kommer in med livshotande skador måste prioriteras. Problemet är att sköra äldre riskerar såväl liggsår som uttorkning om de får vänta på hjälp.

Dagens hälso- och sjukvård är inte anpassad för personer med komplexa behov, i stället blir vården alltmer specialiserad. Samtidigt minskar antalet specialister på äldres sjukdomar, geriatriker, trots att andelen äldre ökar. Antalet specialistläkare i allmänmedicin har inte heller ökat i relation till befolkningsökningen. Det krävs ett helhetstänkande och helhetsbedömning när det gäller de allra äldsta. Glädjande nog ökar forskningen om äldre och äldreomsorg men den måste också nå ut i verksamheten på alla nivåer.

Den medicinska kompetensen måste stärkas

Antalet vårdplatser på akutsjukhusen, liksom kommunal hälso- och sjukvård och särskilda boenden ryms också under omställningsarbetet för en God och nära vård. Dessvärre har stora

brister i medicinsk vård på särskilda boenden konstaterats av såväl Coronakommissionen som IVO. Samverkan mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård måste också förbättras. Tidigare var hemsjukvården en integrerad del i vårdcentralernas verksamhet, men 2014 kommunaliserades den i hela landet utom i Region Stockholm. Det innebär att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården har kommunerna som arbetsgivare. Undantaget är läkarna som fortfarande har regionen som huvudman.

Att läkare och sjuksköterskor som förväntas arbeta tillsammans inte har samma huvudman är ett problem. Risken är att uppdelningen minskar tillgången till läkare, vilket påverkar såväl den kommunala hälso- och sjukvården som vårdpersonal, främst sjuksköterskor.

Den kommunala hälso- och sjukvården har också en låg andel specialistsjuksköterskor. Mycket tyder på att sjuksköterskor finner det mindre attraktivt att arbeta inom hemsjukvård sedan kommunerna tog över ansvaret och den medicinska personalen inte längre har samma huvudman. Sjukvården har splittrats i ett A- och B-lag när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård samt omsorg. De äldre har hamnat i B-laget och har inte samma förutsättningar att få tillgång till medicinsk expertis. Därför måste avtal mellan region och kommun om läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen stärkas. Även tillgång till geriatrisk kompetens måste stärkas.

Frågan har ytterligare belysts i en statlig utredning som presenterades i november 2024, Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72). Den stärker vår uppfattning att den medicinska kompetensen behöver öka. Det bör noteras att hela 25 % av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten går till kommunal hälso- och sjukvård. Enligt utredningen kommer omställningen till nära vård att medföra att den kommunala hälso- och sjukvården får en allt större betydelse. Därför är de förslag om stärkt kompetensförsörjning som utredningen föreslår mycket viktiga. Det kommer att medföra att patienterna får en likvärdig vård och att det blir mer attraktivt att arbeta i den kommunala vården. Utredningen föreslår också att tillgången till medicinsk kompetens förstärks genom en ökad medverkan av läkare. I dag är skillnader i avtal mellan region och kommun mycket olika. De kan variera från en timme per vecka per 10 boenden till 30 minuter per 10 boenden. Som jämförelse kan nämnas att i Norge anges 30 minuter per vecka och patient som norm. Enligt utredningen har avtalen brister och fungerar dåligt som styrmedel. Har dessutom vårdcentralerna brist på läkare prioriteras inte den kommunala vården. Det är i dag brist på alla legitimerade yrkesgrupper i den kommunala vården. Utredningens förslag på stärkt kompetensförsörjning, tydliga karriärvägar och ledarskapsutbildning är därför viktiga för att öka attraktiviteten. Utredningen föreslår också att avtalen om läkarmedverkan stärks och inkluderar vad som sker om avtalet inte följs. Vi anser att detta är en viktig fråga, som snarast bör genomföras. Utredningen föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att utforma föreskrifter om avtalen med läkarmedverkan. Utredningen föreslår vidare att detta införs i HSL. Utredningen föreslår inga förändringar i huvudmannaskapet för läkare, men föreslår dock att förbudet för kommuner att anställa läkare tas bort. Vi ser detta som ett första steg.

Ett annat problem är att journalföring i kommun och region i grunden är skilda från varandra. Sedan 1 januari 2023 har det införts en lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Lagen är frivillig. Är det verkligen rimligt att en lag är frivillig?

Lista sig direkt till en läkare

Möjligheten till en fast vårdkontakt har funnits sedan 2010 för de patienter som själva begär det. Syftet är att öka trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Fast läkarkontakt inom primärvården är en viktig del i utvecklingen av en God och nära vård. För personer med

komplexa behov, som multisjuka äldre, är behovet av en fast läkar- eller vårdkontakt särskilt stort.

Den 1 juli 2022 beslutades om en ny primärvårdsreform. Beslutet innebär att man listas på en vårdcentral med rätt till en fast läkarkontakt. En vårdcentral kan begära att begränsa antalet listade patienter, men regionen kan säga nej.

Vi i SPF Seniorerna anser att systemet behöver utvecklas så att patienter får rätt att lista sig direkt till en fast namngiven läkare. Vidare anser vi att vårdgivarna själva ska kunna sätta listningstak för att begränsa antalet listade. Detta för att säkra vårdkvalitet och arbetsmiljö så att fler läkare och sjuksköterskor orkar arbeta heltid. Idag ligger normen på högst 1100 listade invånare per läkare, men ingen region uppnår normen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade så sent som 2024 att bara en av tre patienter har en fast kontakt på sin vårdcentral. Andelen med fast läkarkontakt på särskilt boende kan inte kartläggas då det saknas data(!) Enligt Socialstyrelsens senaste uppföljningsrapport som avser 2022 hade endast hälften av regionerna uppnått det nationella målet att minst 55% av befolkningen skulle ha en fast läkarkontakt vid utgången av 2022.

Äldremottagningar

Äldremottagningar har stor betydelse för den som är multisjuk och behöver längre tid för sina vårdbesök och där digitala möten inte är ett alternativ. De flesta regioner har numera inrättat äldremottagningar som ett led i arbetet med en God och nära vård, flera så sent som 2022 och 2023. En äldremottagning riktar sig till personer över 75 år med, eller med risk att få, stora och komplexa vårdbehov. Den är i regel en integrerad del i vårdcentralen, och samordnar vården genom att utse en eller flera fasta vårdkontakter samt erbjuda direktkontakt med en sjuksköterska på ett eget telefonnummer. De arbetar dessutom förebyggande.

Det är viktigt att vårdcentralerna utnyttjar och utvecklar samarbetet med den geriatriska vården så att äldremottagningarna har tillgång till geriatrisk kompetens.

Idag saknas samlad information om vilka regioner som erbjuder äldremottagningar och hur de olika regionernas mottagningar skiljer sig åt. Vi vet till exempel inte vad som kännetecknar de som är framgångsrika, eller om äldremottagningar har lagts ned.

SPF Seniorerna anser att det inte är åldern utan det individuella behovet som ska styra om man får tillgång till en äldremottagning. Vi vill dessutom se en nationell kartläggning och utvärdering av landets äldremottagningar.

Sammanfattning:

- Omställningen till en God och nära vård med primärvården som nav måste intensifieras och nå ut i verksamheten.
- Öka den nationella styrningen för att få en jämlik och mer kostnadseffektiv vård med ökad tillgänglighet och kontinuitet samt minskade vårdköer.
- Använd befintliga avtal mellan regioner och privata vårdgivare för att minska vårdköerna.
- Minska antalet regioner och koncentrera den högspecialiserade vården.
- Vårdgivare måste enkelt och smidigt kunna dela hälsodata mellan varandra
- Minska den administrativa bördan för vårdpersonal.
- Värna patienternas valfrihet och verka för ett nationellt vårdvalssystem.
- Att kunna få en fast läkare kräver fler specialister i allmänmedicin.
- Öka antalet utbildningsplatser till geriatriker och specialistsjuksköterskor med geriatrisk inriktning

- Öka antalet utbildningsplatser till specialistsjuksköterskor med kunskap om demenssjukdomar.
- Primärvårdens ökade arbetsuppgifter måste följas av ökade resurser
- Arbetsmiljön inom primärvården måste förbättras så att fler orkar arbeta heltid och bristen på arbetskraft kan lösas
- Förändringsarbetet inom ramen för God och nära vård måste ske parallellt med att antalet vårdplatser på akutsjukhusen ökar och den medicinska kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen ökar.
- Den medicinska kompetensen inom den kommunala hälso- sjukvården samt omsorgen bör på sikt ha samma huvudman för att göra yrket mer attraktivt och öka tillgången till läkare. Dagens splittring har placerat äldre i ett B-lag vad gäller tillgången till medicinsk kompetens. I avvaktan på detta måste avtalen om läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården stärkas och bli mer jämlika mellan olika kommuner.
- Man ska kunna lista sig hos en namngiven läkare på den vårdcentral man väljer.
- Antalet listade invånare per läkare på en vårdcentral ska kunna begränsas. Hänsyn ska tas till vårdtyngd och socioekonomiska förhållanden. Utgångspunkten bör vara 1100 listade invånare per läkare. Det skulle leda till en bättre arbetsmiljö på vårdcentralerna.
- För att få tillgång till en äldreomsorg bör individens behov snarare än en angiven åldersgräns styra. Målgruppen bör vara äldre patienter med flera komplexa diagnoser.
- Äldreomsorgar ska ha tillgång till geriatrisk kompetens.
- En nationell kartläggning och utvärdering av äldreomsorgarna bör genomföras.

Vård och omsorg

Enkelt uttryckt ansvarar regionerna för hälso- och sjukvård och kommunerna ansvarar för vård och omsorg. Sedan 2014 är dock kommunerna ansvariga för hemsjukvården. Undantag är region Stockholm som ansvarar för hemsjukvården. Vidare ansvarar regionerna för den avancerade sjukvården i hemmet, ASIH. Det är också två helt olika lagstiftningar som styr dessa verksamheter. Hälso- och sjukvården styrs av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL medan vård och omsorg styrs av Socialtjänstlagen, SoL. Det medför således att Hälso- och sjukvården, även den kommunala styrs av HSL. Eller annorlunda uttryckt; Regionernas verksamhet styrs helt av HSL medan kommunerna har att förhålla sig till såväl Sol som HSL.

Coronaepidemin satte strålkastarljuset på hur vården och omsorgen fungerar, inte minst på särskilda boenden. Nästan 90 procent av de 20 000 personer som avled av/med covid under 2020 - 2022 var över 70 år. Mer än 46 procent av dem som avled i covid bodde på äldreboenden, och hälften av dessa var demenssjuka. Dödligheten var som högst under första halvåret 2020.

Coronakommissionen pekade ut äldreomsorgens fragmenterade organisation, ett otillräckligt regelverk, brist på läkarcompetens och medicinsk utrustning, sena och otillräckliga beslut och åtgärder samt en organisation som kännetecknas av underbemanning, kompetensbrist och orimliga arbetsförhållanden.

IVO påtalade att äldreomsorgen har en för låg lägstanivå. Ingen av de granskade kommunerna lever upp till kraven på vård i särskilt boende. IVO såg även brister inom vård i livets slutskede, läkemedelshantering, kontinuitet och dokumentation.

Under pandemin nekades många som bodde på särskilt boende individuella medicinska bedömningar, medicinsk behandling saknades och vård i livets slutskede sattes i gång utan att äldre eller anhöriga vidtalades. Alla över 70 år bedömdes som en riskgrupp och behandlades generellt som en homogen grupp, utan individuella bedömningar.

Äldreomsorg

På samma sätt som för hälso- och sjukvården krävs ett ökat nationellt ansvar för att åtgärda bristerna inom äldreomsorgen. Kraven på äldreomsorgen är otydligt formulerad, till exempel vad gäller god kvalitet. Kommunerna har därför själva fått bestämma ambitionsnivån. Här måste staten ta ett större ansvar. Ambitionsnivån måste höjas, läkarmedverkan inom äldreomsorgen måste säkerställas och det behövs nationella riktlinjer för hur omsorgen ska bedrivas i en krissituation och hur beredskapen ska se ut. Att en majoritet av dem som bor på vård- och omsorgsboende saknar möjlighet till utevistelse är ovärdigt och oacceptabelt. Äldreomsorgen får inte fungera som en budgetregulator för att klara kommunens ekonomi.

Äldre med vård- och omsorgsbehov är en utsatt grupp för vilken känslan av trygghet är extra viktig. Därför anser vi att för anställda inom äldreomsorgen ska samma krav gälla som för personal som arbetar med barn, nämligen att det i lag regleras krav på utdrag ur belastningsregistret. I dag kan enskilda kommuner besluta om detta, men det är således frivilligt.

Andelen demenssjuka ökar på särskilda boenden vilket ställer krav på särskilda kunskaper hos personalen. Alla särskilda boenden bör ha tillgång till sjuksköterskor med kunskap om olika demenssjukdomar.

Ett allvarligt och samtidigt vanligt problem på många särskilda boenden är undernäring. Det kan bero på sådant som dålig tandstatus, men det kan också handla om matens innehåll och hur den serveras. God och näringsriktig mat som presenteras på ett attraktivt sätt och som omgärdas av glädje och gemenskap är förutsättningar för en god aptit. Detta är särskilt viktigt för personer med demens.

Förebyggande inslag är också viktiga för en god omsorg, till exempel genom att erbjuda de boende fysisk aktivitet.

Det står klart att det förekommer ålderism inom äldreomsorgen (dåliga attityder, fördomar och diskriminering gentemot äldre). Det kan vara en förklaring till varför äldreomsorgen inte har prioriterats.

I budgetpropositionen för 2025 föreslår regeringen att boende på vård- och omsorgsboende också ska införas en fast omsorgskontakt på samma sätt som inom hemtjänsten. Detta föreslås införas i den nya Socialtjänstlagen.

Vård och omsorg i hemmet

Allt fler äldre i behov av hjälp erbjuds det i hemmet. Därmed har vårdbehovet fått en alltmer framträdande roll och vårdtyngden har ökat inom hemtjänsten. Resursbristen och kvalitén i hemtjänsten har därför fått ökad uppmärksamhet.

Vi kan konstatera att kvaliteten på hemtjänsten varierar kraftigt mellan olika kommuner och att det saknas tydliga samband mellan kvalitet och resurser eller kommunens storlek. En bra hemtjänst är alltså inte i första hand en kostnadsfråga. Mot den bakgrunden har SPF Seniorerna tagit fram ett hemtjänstindex som ett sätt att värdera kvaliteten. Indexet innehåller 70 indikatorer och grunden är Socialstyrelsens årliga undersökningar om hur äldre med behov av omsorg ser på olika faktorer som tillsammans skapar trygghet och trivsel. Det har visat sig att bemötande, information och kontinuitet är viktiga faktorer.

År 2024 var andra året som hemtjänstindex kunde presenteras och redan nu kan vi konstatera att kommuner kan få snabba och goda resultat genom ett medvetet strukturerat förbättringsarbete. SPF Seniorernas målsättning är att landets samtliga kommuner tar till sig lärdomarna och använder dem för att förbättra omsorgen i de egna kommunerna.

När det gäller den ökande mängden stöd och vård som ges i hemmet får vi inte glömma bort alla de anhöriga som bidrar med ett omfattande arbete vilket inte alltid synliggörs. Minst tre fjärdedelar av den vård och omsorg som ges till äldre utförs av anhöriga. Om inte anhöriga bidrog med sina insatser skulle kommunen få ta hela kostnaden. Kommuner är skyldiga enligt Socialtjänstlagen att erbjuda anhöriga olika former av stöd. Många anhöriga känner dock inte till detta. I dag ser stöden mycket olika ut i olika kommuner. I budgetpropositionen för 2025 föreslår regeringen en satsning på anhöriga, vilket välkomnas av SPF Seniorerna. SPF Seniorerna anser att anhöriga bör kunna få IT-stöd för att underlätta arbetet. Vidare ska anhöriga ges rätt till avlösning och ges förutsättningar för att kunna ge ett gott stöd. Inte minst är det viktigt att ha någon att tala med, bli bekräftad och uppskattad.

Valfrihet

Oavsett ålder ska man kunna påverka den vård och omsorg som man är i behov av. Vare sig det handlar om val av boende eller hemtjänst. Vi är olika och har olika behov och önskemål. Därför måste man utgå från en enskildes behov, önskemål och förutsättningar. Valfrihet i hemtjänsten handlar om att välja och välja bort. Driftsformen i sig är inte det väsentliga. Det handlar i stället om olika kvalitetsfaktorer som den enskilde prioriterar. Valfrihet när det gäller boende handlar om rätten att få bo kvar hemma men också rätten att få flytta till ett särskilt boende.

Sammanfattning:

- Det krävs en ökad nationell styrning av äldreomsorgen för att de brister som finns ska kunna åtgärdas.
- Äldreomsorgen måste omfattas av krav på goda levnadsförhållanden och en god levnadsnivå. Ett exempel på detta är att alla som kan ska ges möjlighet till regelbunden utevistelse.
- Vid anställning av personal inom äldreomsorgen ska det i lag, på samma sätt som det idag gäller för arbete med barn, regleras om krav på utdrag ur belastningsregistret.
- Bristen på läkarkompetens och kraven på medicinsk utrustning måste åtgärdas.
- Rådande underbemanning och kompetensbrist måste åtgärdas.
- Det lagreglerade kravet på tillgång på sjuksköterska dygnet runt måste efterföljas med krav på sanktioner om lagen inte följs.
- Brister i vård i livets slutskede, läkemedelshantering, kontinuitet och dokumentation måste åtgärdas.

- Problem med undernäring måste åtgärdas.
- Tillgång till specialistsjuksköterskor med kunskap om demenssjukdomar ska finnas på alla boenden.
- Anhörigas insatser måste uppmärksammas och uppskattas i större utsträckning
Rätten för anhöriga att få stöd och avlösning måste stärkas.

Samverkan oberoende av huvudman

Olika vårdgivare har olika huvudmän. En grundförutsättning för att samverkan mellan dessa vårdgivare ska fungera är att lagstiftningen stödjer det. Som redan påpekats så styrs hälso- och sjukvården (även kommunal hälso- och sjukvård) av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL medan vård och omsorg styrs av Socialtjänstlagen, SoL. För att samverkan mellan kommuner och regioner ska fungera krävs att vissa frågor regleras på liknande sätt i de båda lagarna.

I den nya socialtjänstlagen som träder ikraft den 1 juli 2025 återfinns kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet med samma formulering som idag återfinns i HSL. Vidare ska kommunen samverka med regionen samt andra relevanta samhällsorgan och organisationer. Denna samverkan sker genom att kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen, vilket gäller redan idag när det gäller barn och unga. Det bör noteras att samverkan om äldre personer inte återfinns i regeringens proposition till ny socialtjänstlag. Frågan bereds f.n. i regeringskansliet baserat på den statliga utredningens förslag Nästa steg (SOU 2022:41) om att en överenskommelse med region även skall omfatta vård och omsorg av äldre och införas i HSL. I den utredningen lämnas också förslag till kompetenshöjande åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa frågor har också behandlats i utredningen Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (se sidan 13) och som i många frågor också hänvisar till förslagen i Nästa steg.

Vi anser också att insatserna inom äldreomsorgen ska resultera i goda levnadsförhållanden och en god levnadsnivå, på samma sätt som gäller i HSL och LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och inte som idag i *skälig* levnadsnivå. I regeringens proposition bibehålls begreppet skälig. Däremot föreslås en delad biståndsparagraf som, när det gäller personliga behov/stöd föreslår begreppet skäliga levnadsförhållanden medan när det gäller ekonomiskt bistånd begreppet skälig levnadsnivå kvarstår. Regeringen poängterar att skäliga levnadsförhållanden förutsätter individuella bedömningar. Vi vidhåller att begreppet god även ska införas i propositionen till ny socialtjänstlag.

Vidare måste till exempel frågan om sekretess och tillgång till journaler utformas på likalydande sätt antingen i de båda lagarna eller genom överenskommelse mellan kommun och region.

Förebygg akuta sjukhusbesök

Bristen på läkare inom den kommunala vården och omsorgen samt för få platser på akutsjukhusen hänger samman med en hög återinskrivning. Brist på vårdplatser leder till för tidig utskrivning, och utan en läkare som kan bedöma om akutsjukvård är nödvändig eller inte finns risk för att sjuksköterskan skickar tillbaka omsorgstagaren till akutsjukhuset ”för säkerhets skull”. Och så är den onda cirkeln i gång.

År 2021 presenterade Socialstyrelsen en rapport om oplanerade återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre inom 30 dagar från utskrivningstillfället. För gruppen multisjuka och sköra äldre var återinskrivningen dubbelt så hög jämfört med hela gruppen 65 år och äldre. För hela gruppen äldre låg återinskrivningarna på samma nivå, omkring tio procent, som 2010.

En senare rapport från Socialstyrelsen visar glädjande nog att återinskrivningen för gruppen 65 år och äldre minskat något. Minskningen är dock inte särskilt stor. Från att konstant ha legat runt 10 procent hade den 2021 samt 2022 sjunkit till omkring 9 procent.

En ökad medvetenhet om problemen med återinskrivningar kan ha gett resultat. Stödet till kommuner och regioner i arbetet med multisjuka och sköra äldre måste dock öka i linje med omställningen till en God och nära vård. Det måste säkerställas att hemsjukvården i tid kan behandla sjuka äldre i sina hem, innan sjukdomarna förvärras och kräver sjukhusvård. För att förebygga akuta sjukhusbesök måste rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan, oavsett tid, säkerställas. Även här skulle äldreomsorgsbesök kunna spela en stor roll. Att utveckla specialistvården inom geriatrik är angeläget och samverkan mellan äldreomsorgsbesök och geriatrika vårdavdelningar på sjukhus skulle öka tillgängligheten till geriatrisk kompetens.

Kompetensförsörjning

Den statliga styrningen av äldreomsorgen har ökat i syfte att höja kompetensen bland personalen. Äldreomsorgslyftet, att undersköterska blivit en skyddad yrkestitel, kravet på fast omsorgskontakt i hemtjänsten och kravet på kunskaper i svenska språket i tal och skrift är några exempel. Detta leder till att vården blir mer jämlik oberoende av var man bor. Samtidigt finns det en risk då styrningen sker genom riktade statsbidrag. Statsbidrag som inte är långsiktiga riskerar att medföra en ständig omfördelning av resurser, vilket inte blir effektivt.

Ett exempel på hur man försökt öka intresset för att arbeta i hemtjänsten är genom att dela upp arbetet i två delar, omsorg och ren service som städning. Det är en positiv utveckling, men det leder samtidigt till att vårdtagaren möter ännu fler personer inom ramen för hemtjänst.

Bemanning och kompetens bland medarbetare måste få största uppmärksamhet inte minst inom den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Bristen på vårdpersonal inom äldreomsorgen gäller såväl undersköterskor som sjuksköterskor. I dag hinner inte sjuksköterskorna med de arbetsuppgifter som föreskrivs enligt lag och förordningar. Tillgången på läkare inom den kommunala vård och omsorgen uppvisar också stora brister. Därför är det viktigt att kraven på personalbemanning utformas skarpare även i Socialtjänstlagen. Vi vill också framhålla att bemanningskraven är en förutsättning för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Inte minst gäller detta på vårdcentralerna som successivt påförts nya arbetsuppgifter utan att ges motsvarande resursförstärkningar.

Inom äldreomsorgen råder redan idag kompetensbrist. Kontinuiteten är låg och få har en fast omsorgskontakt. Det är svårt att både rekrytera och behålla personal inom äldreomsorgen. Kompetensförsörjningen kommer även fortsättningsvis att vara en central utmaning. Det handlar om att attrahera, rekrytera, behålla och kunna utveckla medarbetare.

Tillgången till medicinsk kompetens minskade tydligt när hemsjukvården, med undantag för läkare, kommunaliserades. Det har också fört med sig att det blivit mindre attraktivt att arbeta inom den kommunala hälso- och sjukvården. Så sent som i november 2024 presenterades en statlig utredning (SOU 24:72) med fokus på kompetensförsörjning inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen presenteras närmare på sidan 13. Vi anser att om förslagen genomförs kommer det att bidra till att det blir mer attraktivt att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis måste den medicinska kompetensen inom den kommunala primärvården och samverkan med den regionala sjukvården stärkas.

Sammanfattning:

- Om regional och kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg ska kunna samverka måste vissa frågor regleras på liknande sätt i HSL och SoL. Grundläggande är att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket nu återfinns i regeringens proposition till ny socialtjänstlag. Olika sekretessregler får inte utgöra ett hinder för att kunna dela viktig medicinsk information. Samma krav på kompetens, bemanning och kvalitet skall gälla, som att den vård som ges ska leda till goda levnadsförhållanden och en god levnadsnivå även när verksamheten styrs av socialtjänstlagen.
- Det krävs särskilt fokus på kompetenshöjande åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården.
- Den medicinska kompetensen inom den kommunala primärvården och samverkan med den regionala sjukvården måste stärkas.
- Den medicinska kompetensen inom samma organisation bör inte splittras på olika huvudmän. I avvaktan på att en sådan reform genomförs måste avtalen mellan kommuner och regioner vad avser läkarmedverkan skärpas, bli tydligare och mer likvärdiga.
- Specialistvården inom geriatrik behöver utvecklas och tillgången på geriatrisk kompetens öka.
- För att minska oplanerade återinskrivningar krävs samordnade insatser mellan den kommunala primärvården och den regionala akutsjukvården, högre tillgång på läkare inom kommunal vård och fler disponibla vårdplatser på sjukhus samt att omställningen till en God och nära vård genomförs

Ojämlig vård och Åldersdiskriminering

SPF Seniorerna anser att individuella medicinska bedömningar ska vara avgörande för vilka vårdinsatser som sätts in i varje enskilt fall. I stället är det faktorer som geografi och kronologisk ålder som avgör vilken vård som erbjuds.

Vi har redan konstaterat att det råder stora skillnader i tillgången på vård mellan olika regioner. Idag är alltså bostadsort och inte behov avgörande för vilken sjukvård och omsorg som erbjuds. Det leder till ojämlik vård. Men vi har också en ojämställd vård. Äldre kvinnor får sämre vård och billigare mediciner utöver längre väntetider.

Ett exempel är avsaknaden av ett nationellt vaccinationsprogram för äldre och riskgrupper. I stället utfärdar Folkhälsomyndigheten rekommendationer för äldre och riskgrupper. För personer som är 65 år och äldre gäller covid 19, influensa, bältros och pneumokockinfektion. Från 75 års ålder kompletteras rekommendationen med vaccination mot RS-virus. Det innebär att regionerna själva beslutar om vaccin ska erbjudas avgiftsfritt för riskgrupper eller inte. SPF Seniorerna har under ett antal år, hittills utan framgång, drivit frågan om ett nationellt vaccinationsprogram för äldre som omfattar alla dessa sjukdomar. Frågan om ett nationellt vaccinationsprogram och screening nämns också på sidan 9 under rubriken Hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård.

Ett annat exempel, där både bostadsort och kronologisk ålder spelar in, är de omotiverade åldersgränserna för screeningprogram. Socialstyrelsens rekommendationer för åldersgränser följs oftast men inte alltid, många regioner har egna regler.

Socialstyrelsens rekommendationer kan ifrågasättas. Man hävdar att det saknas evidens för att screening har avsedd effekt för grupper över en viss ålder. Här finns två stora invändningar: Dels har inga äldre grupper ingått i urvalet när effekter studerats, dels har den genomsnittliga livslängden ökat utan att bedömningarna justerats, varför begrepp som ”återstående livslängd” saknar relevans. Åldersgränsen 74 år gäller för bröstcancer och Tjock- och ändtarmscancer medan för livmodercancer är åldersgränsen 70 år. Vi i SPF Seniorerna anser att de övre åldersgränserna för screeningprogrammen ska slopas. Frågorna om vaccinationsprogram och screening nämns också på sidan 9.

Ytterligare ett exempel på då den kronologiska åldern och inte behovet avgör vilken hjälp man får är när ett funktionshinder uppstår efter 65 års ålder. Då omfattas man inte av LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och de insatser som då kan sättas in.

Stora skillnader i demensvården

Sedan år 2010 har Socialstyrelsen utarbetat nationella riktlinjer för hur demensvården ska bedrivas oberoende av var man bor i Sverige, ändå kvarstår regionala skillnader. Som exempel fick i genomsnitt 75 procent av de personer där vården misstänkte demenssjukdom genomgå en fullständig basal demensutredning inom primärvården under 2018. Men skillnaden mellan regionerna var extrem. En region lät samtliga i gruppen få en utredning medan en annan region inte erbjöd någon genomgång. Detta får bland annat effekt på vilka som erbjuds någon form av läkemedel. När det gäller förskrivning av läkemedel vid Alzheimer hade i genomsnitt 71 procent av regionerna erbjudit läkemedel till de patienter som behandlades inom primärvården och 81 procent av regionerna till de patienter som behandlades av specialistenheter.

Sammanfattning:

- Avskaffa generellt den kronologiska åldern för att bestämma vilken vård som ska ges. Individuella medicinska bedömningar ska vara avgörande för vad som är adekvat vård
- Erbjud screening utan övre åldersgränser
- Inför ett nationellt vaccinationsprogram mot influensa, covid, bältros och RS-virus för riskgrupper
- Uppmärksamma den ojämställda vården av kvinnor

Hörsel och syn

Ett annat område där det råder stora skillnader mellan regionerna är tillgången på beviljande hörselhjälpmedel. I vissa regioner erbjuder man ett visst basutbud och vill någon välja hjälpmedel från en privat utförare följer en viss summa pengar med som hel- eller delfinansiering. I dessa regioner är väntetiderna generellt sett korta. I andra regioner saknas valmöjligheter. Där krävs i regel en remiss och man erbjuds sedan det utbud som regionerna upphandlat. Då äger också regionen hörapparaterna. Kraven på remiss och att man är hänvisad till regionens utbud medför ofta längre väntetider. Vi ser därför med oro på att den valmöjlighet som funnits för hörapparater i vissa regioner tagits bort.

Även vid gråstarr, som vanligen drabbar seniorer, är vården ojämlik och väntetiderna varierar väsentligt mellan olika regioner. Tack vare den tekniska utvecklingen har antalet gråstarrsoperationer ökat väsentligt, från 40 000 om året för trettio år sedan, till dagens 140 000 operationer om året. I regioner med fritt vårdval och där regionen träffat avtal med privata vårdgivare ligger väntetiderna på 2 - 4 veckor, medan de regioner där endast den regionala vården är tillgänglig för kostnadsfria operationer ofta har väntetider som överstiger 13 veckor. Den patient som i de sistnämnda regionerna väljer ett privat alternativ med kortare väntetid får stå för hela kostnaden själv. Rätten att välja och välja bort är en grundförutsättning för att öka tillgängligheten och jämlikheten inom vården.

Sammanfattning:

- Korta väntetiderna för tillgång till hörselhjälpmedel genom att regionerna träffar avtal med privata vårdgivare.
- Patientens kostnad för regionens basutbud av hörselhjälpmedel kan ges som bidrag till den som önskar få tillgång till ett bredare utbud av hörselhjälpmedel.
- Korta väntetiderna till starroperationer genom att regionerna träffar avtal med privata vårdgivare.
- Inför fritt vårdval inom hörselvården.
- Inför fritt vårdval för gråstarrsoperationer.

Mun- och Tandhälsa

Tillgången på tandvård är ojämnt fördelad över landet och skillnaderna har ökat, enligt Socialstyrelsen. Samtidigt har äldre fler och friskare tänder idag än för 10 år sedan. Det är positivt, men det ökar också behovet av regelbunden tandvård.

På sikt bör tandvården finansieras som övrig hälso- och sjukvård. Idag avstår alltför många från nödvändig tandvård av ekonomiska skäl, men god tandhälsa är ingen onödig lyx, tvärtom finns det ett klart samband mellan dålig tandstatus och andra sjukdomar. En dålig tandstatus bland äldre med svårigheter att tugga kan medföra ökad risk för undernäring och ökad risk för fallolyckor. Detta är vanligt förekommande på de särskilda äldreboendena. De äldres tandhälsa måste därför prioriteras.

Det är viktigt att rätten till en god tandvård tryggas inom äldreomsorgen och att personal ges grundläggande kunskap om munhälsa och åldrande.

Dagens administrativa system inom tandvården är komplext och krångligt. Det finns ett allmänt och ett särskilt statligt tandvårdsbidrag och det är regionerna som svarar för särskilt omfattande behov och uppsökande verksamhet. Den uppsökande verksamheten kan bedrivas i kommunal regi. Socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer för tandvård, men idag är det regionerna själva som beslutar om olika stöd och dess omfattning.

Tänderna är en del av kroppen. Tandvård bör därför hanteras på samma sätt som övrig hälso- och sjukvård och alltså omfattas av ett högkostnadsskydd.

Öka kunskapen om munhälsobedömning

Viss tandvård och vissa patientgrupper omfattas redan idag av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter för öppen vård, där patientavgiften är densamma (avgiftsfri för patienter över 85) och dessutom omfattas av högkostnadsskyddet. En sådan patientgrupp är äldre som har omfattande behov av tandvård och där insatserna förbättrar förmågan att äta och tala.

Det är de enskilda regionerna som beslutar vem som ska få sådant tandvårdsstöd, efter att socialtjänsten bedömt personens omsorgsbehov. Kunskapen om att äldre har rätt till en årlig munhälsobedömning måste öka. Vidare krävs ett bättre samarbete mellan hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen har nyligen, i en rapport, pekat på behovet av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Det skulle bidra till en mer jämlik tandvård och stärka patientens roll. Vi tillstyrker en sådan utveckling.

I budgetpropositionen för 2025 föreslår regeringen den första etappen av en omfattande tandvårdsreform där tandvårdens högkostnadsskydd mer ska efterlikna det som finns i övrig vård. Det förstärkta högkostnadsskyddet ska omfatta personer som är 67 år eller äldre. Vi välkomnar detta förslag, som ligger i linje med den uppfattning som presenteras ovan i detta avsnitt.

Sammanfattning:

- Tandvården ska betraktas som en del av hälso- och sjukvården och omfattas av ett högkostnadsskydd liknande det inom hälso- och sjukvården.
- Öka kännedomen om äldres rätt till en årlig munhälsobedömning.

Läkemedelsanvändning bland äldre

Åldern påverkar hur kroppen reagerar på läkemedel. När det gäller äldre kan ofta kombinationen av olika läkemedel leda till oönskade effekter. Därför startades 2009 projektet ”Koll på läkemedel” av pensionärsorganisationerna och Apoteket AB, vilket under de första åren fick bidrag från regeringen. Projektet har varit framgångsrikt och användningen av olämpliga läkemedel har minskat avsevärt.

Det är Socialstyrelsen som fastställer en förteckning över olämpliga läkemedel och denna justeras regelbundet. Mellan 2010 och 2023 har användningen av olämpliga läkemedel på riksnivå mer än halverats, från att drygt 26 procent av alla personer över 80 fick olämpliga läkemedel, till att drygt 10 procent av personerna över 80 får det. De regionala skillnaderna är dock omfattande. Kommunen med högst andel användning av olämpliga läkemedel bland äldre ligger på nästan 22 procent medan kommunerna med lägst användning ligger på 5 procent. Vårt att nämna är att också kommunerna med lägst användning låg på över 20 procent innan de systematiskt började arbeta med frågan.

Idag är det cirka 60 000 personer över 80 som fortfarande ges olämpliga läkemedel i Sverige. Förutom allt det kan innebära i form av onödigt lidande och till och med för tidig död, så kostar det samhället oerhört mycket pengar i form av akutbesök och inläggningar på sjukhus till följd av läkemedelsförgiftning. Dessvärre skrivs läkemedel ofta ut utan att man först kontrollerar hur medicinen samverkar med patientens befintliga läkemedel, och utan att man tar bort de mediciner som redan ges mot motsvarande symptom.

Ett problem är att läkare ofta saknar tillgång till patientens samlade läkemedelsanvändning. Det finns heller ingen som har det totala ansvaret när många förskrivare är inblandade. Enligt lag ska alla personer från 75 år med fler än fem förskrivna läkemedel få en årlig läkemedelsgenomgång, men många vittnar om att de aldrig har haft någon sådan.

Generellt ska den läkare som skriver ut ett läkemedel också ansvara för att läkemedlets effekter följs upp efter en viss tid.

Läkemedel måste också kunna testas på friska äldre. Inte heller ska äldre uteslutas från forskningsstudier. Vi vill särskilt framhålla att kvinnor ofta glöms bort. Detta gäller generellt oberoende av ålder. Vi vet att män och kvinnor kan reagera olika på läkemedel, varför det är av stor betydelse att även kvinnor omfattas av olika studier.

Sammanfattning:

- Arbetet med att minska användningen av olämpliga läkemedel måste fortsätta med kraft. Det är fortfarande oacceptabla skillnader mellan regioner och kommuner.
- Läkemedelsgenomgångar bland seniorer måste intensifieras.
- Läkemedel måste också kunna testas på friska seniorer, såväl män som kvinnor. Inte heller ska seniorer uteslutas från forskningsstudier.

Palliativ vård

Den palliativa vården har sedan 2012 utvecklats positivt om än i långsam takt. Det återstår dock en hel del arbete för att Socialstyrelsens fastställda kvalitetsmål ska uppnås. De fyra hörnstenar inom den palliativa vården är: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation. Syftet är att främja patientens livskvalitet och stöd till närstående. Palliativ vård syftar inte till att påskynda eller fördröja döden, utan bejakar livet och erkänner döendet som en naturlig process. Om patientens lidande inte går att lindra fullt ut kan läkare och patient gemensamt besluta om så kallad palliativ sedering. Det sker genom att patienten ges lugnande och ångestdämpande läkemedel som sänker dennes vakenhetsgrad.

Det finns också ett nationellt råd för palliativ vård, som är ett stöd för vård i livets slutskede. Det är en ideell förening, vars uppgift är att verka för en samlad god palliativ vård i hela landet, geografiskt och kompetensmässigt. Vikten av individuella behovsbedömningar betonas. Socialstyrelsen följer årligen upp fastställda kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård från det svenska palliativregistret. Många av de olika kvalitetsindikatorerna rör den sista levnadsveckan. Det bör noteras att alla dödsfall inte finns med i registret. Bland dödsfall i den kommunala vården registreras 75 procent och bland dödsfallen på sjukhus registreras 50 procent.

Kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård 2023 bland äldre än 65 år:		
Målen anges inom parentes.		
Brytpunktssamtal	81 %	(> 90 %)
Smärtskattning	67 %	(100 %)
Munhälsobedömning	56 %	(> 90 %)
Inga trycksår	76 %	(> 90 %)
Medel mot smärta	95 %	(> 98 %)
Medel mot ångest	95 %	(> 98 %)
Samtal med efterlevande	81 %	(> 90%)

Av ovanstående framgår att det finns en förbättringspotential inom samtliga områden. Det gäller särskilt smärtskattning, munhälsobedömning och att minska omfattningen av liggsår. Längst har man kommit när det gäller att dämpa smärta och ångest.

Socialstyrelsen har också studerat hur jämlik den palliativa vården är. Det visar sig att yngre får en bättre vård än äldre och att cancersjuka får en bättre vård än demenssjuka. Även i livets slutskede sker följaktligen en åldersdiskriminering.

Tillgången på specialiserad palliativ vård är ojämnt fördelad och huvudsakligen koncentrerad till storstäder. Det innebär att alla inte får ta del av en palliativ vård trots att denna skulle kunna göra nytta.

Sammanfattning:

- Utveckla och främja en jämlik palliativ vård i hela landet

Rätten att få avsluta sitt liv

SPF Seniorerna står för den enskildes rätt till självbestämmande genom hela livet. Det vore enkelt att applicera samma synsätt på kravet om individuell rätt till självvalt livsslut, men ämnet är komplicerat och väcker många frågor. Hur definieras till exempel ”värdigt livsslut” och vem gör definitionen? Vad sker med läkarkårens etiska regler om dess medlemmar samtidigt assisterar en person som tar sitt eget liv, och skulle det påverka allmänhetens förtroende för läkarkåren och sjukvården? För att man ska få klarhet i dessa och andra frågor, samt för att få ett fullgott beslutsunderlag så att Sverige kan ta ställning till om frivillig dödshjälp ska tillåtas, krävs en gedigen parlamentarisk utredning. SPF Seniorerna har vid förbundets två senaste kongresser ställt sig bakom kravet på att verka för en parlamentarisk utredning som ger frågan en allsidig belysning och som kan bidra till en förankring i det allmänna rättsmedvetandet.

Som framgår av bilaga 2 har flera länder infört rätt till legaliserad dödshjälp så sent som på 2020-talet. I såväl Frankrike som Storbritannien ligger nu propositioner på respektive parlaments bord för behandling och beslut. De senaste årens utveckling har medfört att Sverige hamnat på ”efterkälken” i denna fråga, då det hittills saknats politisk vilja att ens utreda frågan. Vi anser att det nu är dags att snarast tillsätta en parlamentarisk utredning som förutsättningslöst ger en allsidig beskrivning av för- och nackdelar med att införa en rätt till legaliserad dödshjälp i Sverige.

Sammanfattning:

- Vi anser att en parlamentariskt sammansatt utredning snarast ska tillsättas för att ge frågan en allsidig belysning och skapa förutsättningar för ett ställningstagande i denna komplexa fråga.

Bilaga 1

Kongressen 2023 beslutade att uppdra åt förbundsstyrelsen att omarbeta nuvarande vård- och omsorgspolitiska program till kongressen 2025. Förbundsstyrelsen beslutade den 23 oktober 2023 att utse en arbetsgrupp med uppgift att:

- fram ett förslag till nytt politiskt program för nationell politik för hälso- och sjukvården, tandvården och äldreomsorgen för SPF Seniorerna
- komplettera med de ämnesområden som gruppen anser vara relevanta,
- i programmet ta upp frågor av nationell karaktär som kan anses vara övergripande
- remittera det slutgiltiga förslaget till distrikten.

Att uppdraget ska slutrapporteras till förbundsstyrelsens första sammanträde i januari/februari 2025,

att löpande rapportera gruppens arbete direkt till förbundsstyrelsen,

att som ledamöter i arbetsgruppen utse Monica Ulfhielm till sammankallande och sekreterare och Ann-Christine Baar och Ann Hedberg Balkå till ledamöter,

att uppmana arbetsgruppen i största möjliga mån nyttja digitala plattformar för möten, samt

att återkomma till förbundsstyrelsens nästa sammanträde med ett förslag till budget, vilket ska inkludera gruppens samtliga kostnader som t ex arvoden, resor och omkostnad.

Arbetsgruppens budget enligt beslut av Förbundsstyrelsen den 7 december 2023

Enligt direktiven ska sammanträdena i möjligaste mån ske digitalt. Vidare ska DO informeras och ges möjlighet till att lämna synpunkter under arbetets gång. Fysiska möten kommer att äga rum i anslutning till då FS och DO har fysiska sammanträden. Vidare bygger förslaget till budget på att sammanlagt 20 sammanträden kommer att äga rum.

Budgetförslag:

* Arvoden 35000kr

* Förtäring 6000kr

*övernattning 9000kr

Summa 50 000kr

Bilaga 2

Legaliserad dödshjälp i ett antal länder

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) presenterade 2017 en sammanställning över de länder där olika former av legaliserad dödshjälp förekom och vilka kriterier som då gällde för att erbjudas dödshjälp. 2023 beslutade Smer, på uppdrag av Läkarsällskapet och Läkarförbundet, att uppdatera och komplettera utredningen och resultatet presenterades i maj 2024. Smer konstaterar att den internationella utvecklingen varit snabb. Sedan 2017 har flera länder beslutat om att legalisera dödshjälp och ytterligare länder är på väg att välja samma väg. De länder som sedan 2017 beslutat om dödshjälp är Australiens samtliga delstater (2019-2023), Spanien (2021), Nya Zeeland (2021) och Portugal (2023).

De länder som redan 2017 beslutat om dödshjälp har gjort vissa justeringar i sina regler. Till exempel omfattar regelverket i Nederländerna nu även barn. I Colombia är det numera lagligt även med assisterad dödshjälp, vilket det inte var tidigare. I Kanada har nu också patienter med kroniska tillstånd möjlighet till dödshjälp, även i de fall då döden inte är rimligt förutsebar. I Schweiz har man valt att förlänga provotiden/betänketiden. Den så kallade Oregonmodellen (från delstaten Oregon) är numera laglig i ytterligare 10 amerikanska delstater och ytterligare delstater utreder frågan.

Tyskland, Österrike, Italien och Ecuador har valt att behandla frågan om dödshjälp i författningsdomstol eller Högsta domstolen. I Tyskland konstaterade författningsdomstolen 2020 att förbudet mot dödshjälp strider mot grundlagen. Det har medfört att läkare som medverkar vid dödshjälp inte längre riskerar rättsliga konsekvenser, dock saknas ännu en speciallagstiftning. I Österrike antog parlamentet 2021 en lag som gjorde assisterat dödande tillåtet från 2022. Landets författningsdomstol hade tidigare konstaterat att förbudet stred mot landets grundlag. I Italien har domstolar avkriminaliserat assisterat dödande, dessutom har man fastställt ett antal kriterier för att dödshjälp ska tillåtas. I Ecuador har Högsta domstolen slagit fast att det inte är straffbart för en läkare att avsluta liv.

På Irland presenterades i mars 2024 en rapport som rekommenderar legaliserad dödshjälp för parlamentet. I Frankrike meddelade president Macron våren 2024 att han avsåg att presentera ett förslag till assisterad dödshjälp sommaren 2024. På grund av upplösningen av nationalförsamlingen sommaren 2024 kunde regeringens proposition inte behandlas då. I slutet av januari 2025 har en proposition överlämnats till nationalförsamlingen om att tillåta aktiv dödshjälp och assisterat självmord. I Storbritannien påbörjades 2023 en utredning om dödshjälp och de politiska partierna har framhållit att frågan inte är partipolitisk utan att alla parlamentariker får rösta enligt sin egen övertygelse när frågan når parlamentet. I november 2024 röstade det brittiska parlamentet ja till att legalisera dödshjälp, vilket är ett första steg. Ytterligare utredningsarbete återstår. I det skotska parlamentet och på Jersey finns förslag om legaliserad dödshjälp. I Danmark presenterades i maj 2023 ett medborgarförslag om rätten till legaliserad dödshjälp, men när Danmarks motsvarighet till Smer yttrade sig i frågan på uppdrag av Folketinget så avvisades förslaget. Den danska regeringen tillsatte en utredning och som nu presenterat sina förslag. Förslagen handlar dels om en ökad satsning på palliativ vård dels ett förslag till assisterad dödshjälp. Även i Finland har ett medborgarförslag presenterats. En utredning om palliativ vård, dödshjälp och självbestämmande presenterades 2021 och 2023 genomförde Finlands läkarförbund en undersökning som visade att 55% av den finska läkarkåren ställer sig positiv till legaliserad dödshjälp.