

Arbetsgrupp för äldrepolitik

Slutrapport

20100526

ALLIANS
EN



CENTRUMPARTIET

Folkpartiet Liberalerna

Kristdemokraterna

Förord	4
2 Äldrepolitikens inriktning	6
3 Alliansens äldrepolitik 2006-2010	8
4 Arbetsgruppens förslag	12
4.1 Ta till vara äldres kompetens och erfarenhet.....	12
Stärkt skydd mot ålderdiskriminering	12
Skapa förutsättningar för ett längre arbetsliv	13
Se över åldersgränser i systemen – för ett längre arbetsliv	13
Underlätta för äldre med funktionsnedsättning att arbeta.....	14
Inrätta ett äldrekompetenscentrum	15
4.2 Lagg fler friska år till livet.....	16
Erbjud förebyggande hembesök till alla över 75 år	16
Jämför det förebyggande arbetet i kommuner och landsting	17
Satsa på medicinskt ansvariga för rehabilitering.....	17
4.3 Skapa tillit och trygghet i vardagen	19
Lokala värdighetsgarantier i alla kommuner	19
Lokala brottsförebyggande program för äldre	20
4.4 Äldre ska ha inflytande och valfrihet.....	21
Valfrihet i äldreomsorgen i alla kommuner.....	21
Öka de äldres inflytande inom äldreomsorgen.....	22
Fritt val av hjälpmedel ska införas	23
4.5 En mångfald av boenden för äldre	24
Långsiktig satsning på anpassade äldreboenden	24
Ge äldre par möjlighet att fortsätta bo tillsammans.....	25

Särskilt boende ska benämnas vård- och omsorgsboende.....	25
4.6 Håll samman vården och omsorgen om äldre	27
Ett preciserat äldreuppdrag för primärvården	28
Utveckla ersättningssystem för de mest sjuka äldre	29
Sjuksköterskan som lots i hemsjukvården	30
Skapa sammanhållna enheter för vård och omsorg om äldre	30
4.7. Höj kompetensen och kvaliteten	32
Ett omvårdnadslyft för äldreomsorgens medarbetare	32
Stärk geriatriken	34
Inför en nationell demenshandlingsplan	35
Slutord.....	36

Förord

Valet 2010 handlar om framtiden. Vad vi vill att Sverige ska kännetecknas av. Vilka värderingar vi vill ska bära Sverige. Om hur vi ska göra ett bra land ännu bättre. Vi är fyra partier som står för frihet, ansvar och trygghet. Vi tror på människans inneboende kraft och vilja att ta ansvar.

I snart fyra år har vi haft svenska folkets förtroende att leda Sverige. Det har varit fyra år av reformer för jobben, välfärden och framtiden. Valet 2010 söker vi väljarnas förtroende för att fortsätta arbetet. Sverige är ett bra land att leva i. Det betyder däremot inte att allt i Sverige är bra. Mycket finns kvar att göra.

Vid partiledaröverläggningarna i Varberg i oktober 2008 enades Moderata Samlingspartiet, Centerpartiet, Folkpartiet liberalerna och Kristdemokraterna om att inleda en fördjupning av Allians för Sverige med sikte på valet 2010 och nästa mandatperiod. Ett besked som gavs var att Allians för Sverige i valrörelsen 2010 ska möta väljarna med ett valmanifest som är lika tydligt som i förra valet. Som ett led i detta tillsattes en arbetsgrupp för att utarbeta grunderna och ett konkret reformprogram för den ekonomiska politiken för nästa mandatperiod.

För att ytterligare utveckla, fördjupa och bredda politiken med sikte på mandatperioden 2010-2014 tillsattes tio reformarbetsgrupper i oktober 2009:

- Hälso- och sjukvård
- Rättsväsende
- Miljö och klimat
- Entreprenörskap och hållbar tillväxt
- Jämställdhet
- Familjepolitik
- Utbildningspolitik
- Äldrepolitik
- Kultur- och idrottspolitik
- Utrikes- och försvarspolitik

Grupperna redovisar sina resultat under våren 2010.

Processen för att ta fram valmanifestet sker i flera steg. Arbetet i föreliggande reformarbetsgrupp är ett sådant steg.

Förslagen i denna rapport är arbetsgruppens. Inom ramen för det fortsatta arbetet med valmanifestet kommer det efter att arbetsgrupper lagt fram sina förslag att ske en bred prövning av förslagen. Prövningen innebär bl.a. att förslagen vägs av mot det reformutrymme som väntas föreligga utifrån inriktningen att det finansiella sparandet åter ska uppvisa balans och överskott på 1 procent av BNP över en konjunkturcykel under nästa mandatperiod. Därtill ska utgiftstaket hållas.

I återgången till överskottsålet om 1 procent ska även hänsyn tas till resursutnyttjandet liksom till osäkerhet och riskbild i prognosen. I prövningen kommer förslagen även att utvärderas utifrån alliansens prioriterade inriktning om full sysselsättning och färre som står utanför arbetsmarknaden. En avvägning mellan angelägna reformer måste alltid ske. Åtgärder som sätter jobben först kommer därför prioriteras. Förslagen ska även prövas utifrån fördelningseffekter.

MARIA LARSSON (KD)

GUNILLA CARLSSON (M)

SOLVEIG ZANDER (C)

BARBRO WESTERHOLM (FP)

2 Äldrepolitikens inriktning

Det är hög tid för ett tankeskifte när det gäller äldre personer i samhället. Många äldre känner sig inte delaktiga i samhället på samma villkor som andra, bara för att de uppnått en viss ålder. De upplever att deras erfarenhet ställs åt sidan, fastän de har mycket mer att ge. Äldre människors kunskap och kompetens ska tas tillvara. Äldre personer är en resurs på arbetsmarknaden och i vårt samhälle. Politiken behöver riva alla hinder för äldres deltagande i samhällsliv och arbetsliv. Diskriminering på grund av ålder ska inte vara tillåtet på något samhällsområde.

Äldre personer är, som grupp betraktat, mycket heterogen också i ekonomiskt avseende. Det finns pensionärer som har det gott ställt och pensionärer som tvingas leva under knappa förhållanden. Alliansregeringen har gjort särskilda satsningar för de sämst ställda pensionärerna, bland annat har skatten på pensioner sänkts två gånger. En förbättrad ekonomisk trygghet – särskilt för de sämst ställda pensionärerna – bör vara en målsättning även under nästa mandatperiod, och från och med 1 januari 2011 kommer skatten att sänkas en tredje gång.

Demografin kräver utveckling av äldrepolitiken. Rekryteringen och utbildningen av äldreomsorgens medarbetare är en central fråga. En annan fråga är också hur ett hälsofrämjande perspektiv kan införlivas i välfärden, för att bevara hälsa och skjuta upp större omvårdnadsbehov.

För att säkra en god äldreomsorg och hälso- och sjukvård är nyckeln en politik för att få fler människor i arbete. Ur goda skatteintäkter säkrar vi den generella välfärden. Det enkla sambandet är självklart, men hamnar ofta i skymundan.

De idéburna organisationerna tar tillvara människors vilja och lust att bidra till samhället. Många äldre har ett starkt ideellt engagemang som skapar nätverk och som stärker människors gemenskap. De idéburna organisationernas roll för att möta äldres sociala behov är viktig. Genom föreningsaktiviteter, väntjänst och föreningsdrivna frivilligcentraler når de många äldre. Ambitionen måste vara att – med respekt för organisationernas självständighet – fördjupa samverkan mellan föreningsliv och den kommunala äldreomsorgen.

Kvalitetsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre behöver drivas på än mer. De mest sjuka äldres vård och omsorg står för uppskattningsvis hälften av hälso- och sjukvårdens och omsorgens samlade kostnader, och trots detta fungerar inte insatserna för dem särskilt bra. Ett särskilt fokus måste de närmaste åren ligga på de sköraste individerna, de som kan ha svårigheter att göra sin röst hörd.

Delaktighet, självbestämmande och valfrihet ska vara ledord i äldrepolitikens utveckling framöver. Valfrihetspolitiken har under alliansregeringens tid tagit viktiga steg framåt när det gäller att öppna upp för valfrihet och delaktighet för den enskilde. Denna inriktning måste stärkas framöver, samtidigt som valfrihetssystem kombineras med en tydlig kontroll och tillsyn.

Kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer handlar inte bara om omvårdnad och medicinskt omhändertagande. Begrepp som trygghet och värdighet är mål som ingår i äldreomsorgens uppdrag, eftersom verksamheten syftar till att hjälpa den äldre personen att leva sitt liv som den person man är, oavsett hjälpbehov. Politiken behöver ta sin utgångspunkt i människans helhet och betona hennes behov av gemenskap. De närmaste, familj och vänner, är viktiga hela livet. Många anhöriga som gör stora insatser behöver hjälp och stöd för egen del.

Allianspolitiken på alla nivåer måste ägna sig åt utveckling av äldreomsorgen ur flera olika aspekter. När krafterna avtar måste samhället kunna beakta individuella behov. Något som är mycket viktigt – och det gäller för alla människor – är att uppleva en känsla av sammanhang och mening genom hela livet.

En central politisk uppgift på alla nivåer är att ge förutsättningar för förnyelse, nytänkande och mångfald. Det gäller att systemen kan välkomna det oväntade som tekniska språng, nya forskningsresultat och entreprenörer med nya idéer. Att skapa dynamik, uthållighet och möjligheter att pröva nya lösningar måste vara en central utgångspunkt för de politiska ambitionerna framöver.

Det blir allt viktigare att finna svar på vilka faktorer som styr att man håller sig frisk längre genom livet. Hälsofrämjande åtgärder behöver i högre utsträckning riktas till äldre personer. Det kan skjuta upp funktionsnedsättning och beroende av hjälp. Det har betydelse för människors välbefinnande och livskvalitet men också för kostnaderna för vård och omsorg.

3 Alliansens äldrepolitik 2006–2010

Arbetsgruppen ska enligt direktiven beskriva vad som uppnåtts inom äldrepolitiken under den gångna mandatperioden. Innan vi går in på vilka beslut som fattats och vilka reformer som genomförts behöver frågan om vad som i grunden utmärker alliansens politik på äldreområdet besvaras. De föregående socialdemokratiska regeringsåren var förlorade år när det gäller centrala framtidsfrågor. Inte heller fick många uppenbara problem inom äldrepolitiken någon större uppmärksamhet. Här har alliansen vidtagit åtgärder för att komma till rätta med t.ex. bristen på äldreboenden och förbättra det medicinska omhändertagandet i äldreomsorgen. Äldre med stora vård- och omsorgsbehov har prioriterats.

Man måste få fortsätta att leva sitt liv som den person man är, också när man är i behov av vård och omsorg. Det är en rättighet som aldrig får begränsas. Alliansens reformer utgår från den människosynen. Vägen framåt handlar om mångfald och nytänkande. En större valfrihet inom äldreomsorgen har uppnåtts. Här står det politiska alternativet till vänster för en diametralt motsatt och bakåtsträvande hållning som varken tar hänsyn till vad de äldre vill, eller vad äldreomsorgen behöver. En politik för äldre i samhället måste omfatta mer än bara vård- och omsorgsfrågor. Äldre personer behöver som alla andra känna kontroll över sin livssituation; det gäller inte minst i ekonomiskt hänseende. Vi vet också att ett samhälle som inte tar till vara äldres livserfarenhet och kunskaper utarmas.

Åtgärder för fler äldre i arbetslivet

Äldre personer behöver uppmuntras att arbeta så länge de orkar och har lust. Alliansregeringen har infört ett förenklat jobbskatteavdrag för personer som har fyllt 65 år. Det är extra stort och fränkopplat från grundavdraget. Därmed har det blivit mycket fördelaktigt både att skjuta upp pensioneringen helt och att dryga ut sina pensionsinkomster med att jobba extra. På arbetsinkomster upp till 100 000 kronor per år får man en skattereduktion på 20 procent av arbetsinkomsten. Om man har fyllt 65 år betalar arbetsgivaren inte heller längre särskild löneskatt på 16,2 procent utan enbart pensionsavgiften på 10,2 procent. Har man fyllt 72 år betalar arbetsgivaren ingen arbetsgivaravgift alls

Ekonomisk trygghet för äldre

Kvinnor och män ska kunna se framtiden an och lägga år till livet med en känsla av trygghet och sammanhang. Alliansregeringen har genomfört flera åtgärder för en bättre ekonomi för pensionärerna. För pensionsinkomster gäller ett förhöjt grundavdrag för den som har fyllt 65 år, vilket innebär en skattesänkning på pensionsinkomster för den som har låg eller medelhög pension på omkring 3000 kronor per år jämfört med 2006. Alliansregeringen har också genomfört

förbättringar av bostadstillägget för pensionärer. Åtgärder har också vidtagits för en jämnare utveckling av pensionerna, efter den ekonomiska krisen under 2008.

Ny lag mot diskriminering

Äldre personers deltagande i samhällslivet behöver stärkas. En ny lag mot diskriminering infördes den 1 januari 2009. Den förbjuder diskriminering på grund av ålder på de områden som omfattas av EU:s arbetslivsdirektiv vilka är arbetsliv, utbildning, arbetsmarknadspolitisk verksamhet, näringsverksamhet, yrkesutövning och medlemskap i vissa organisationer. Regeringen utreder möjligheten att utöka förbudet till fler samhällsområden.

Valfrihet och mångfald

Valfrihet och självbestämmande för den enskilde är centrala mål i alliansens politik. En ny lag om valfrihetssystem (LOV) har därför införts; en kommun kan nu erbjuda möjligheter för medborgaren att själv välja fritt vilken hemtjänst, äldreservice och äldreboende han eller hon vill ha. Ungefär 200 svenska kommuner förbereder införandet av valfrihet för äldre.

Kvalitet i äldreomsorgen

Det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras. Större resurser än någonsin tidigare har därför satsats på vården om omsorgen för äldre. Cirka 5,5 miljarder kronor har under mandatperioden avsatts i riktade bidrag till kommuner och landsting. Stimulansbidragen ska framöver i större utsträckning kopplas till prestationsbaserade mål. En överenskommelse för 2010 som omfattar 271 miljoner kronor har också träffats med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om utvecklingsarbete kring multisjuka äldre.

Boendet för äldre

Boendet för äldre är en viktig trygghetsfråga. Regeringen har satsat 500 miljoner kronor årligen för att öka tillgången till särskilt boende. Under hela 2000-talet har antalet särskilda boenden minskat kraftigt. Under det senaste året har dock denna negativa trend brutits. Äldres valfrihet ökar genom att investeringsstöd kan lämnas också för trygghetsboenden.

En värdig äldreomsorg

När man blir äldre och krafterna avtar måste äldreomsorgen kunna beakta individuella olikheter. En proposition har därför lämnats med förslag om en nationell värdegrund inom äldreomsorgen. Äldre personer ska också, så långt möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Cirka 90 miljoner kronor har avsatts för utbildningsändamål 2010 och därefter årligen 80 miljoner kronor bland annat för att införa värdegrunden i äldreomsorgen.

Ett bättre anhörigstöd

Stödet till anhöriga som vårdar och ger omsorg måste bli bättre. Socialtjänstlagen har därför preciserats: kommunerna ska erbjuda stöd till anhöriga som vårdar sina närstående. Ett nationellt anhörigcentrum har också inrättats i Kalmar. Centrat ska bidra till en högre kvalitet i vården av äldre personer i hela landet med inriktning på frågor som rör anhörigas situation.

Jämförelser av äldreomsorgen över hela landet

Ett system för öppna jämförelser av äldreomsorgens kvalitet i landet (Äldreguiden) har upprättats. Det finns stora och omotiverade skillnader mellan äldreomsorgen i landets kommuner när det gäller kvalitet och kostnader. Öppna jämförelser ger medborgarna, beslutsfattarna och professionerna bättre kunskap om hur väl svensk socialtjänst och hälso- och sjukvård fungerar, och hur den kan förbättras.

En effektivare tillsyn av vården och omsorgen om äldre

Öppna jämförelser ger viktiga impulser till förbättringar av arbetssätt och organisation. En annan verksamhet med liknande syfte är tillsynen. Alliansregeringen har skapat en ny tillsynsorganisation med utökade resurser som ger förutsättningar för en effektiv och tydlig tillsyn av socialtjänsten. Länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet har förts över till Socialstyrelsen och samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården.

Utökade resurser till äldreforskning

Vi behöver veta mer om äldres sjukdomar och hur vi kan förbättra vården och omsorgen om äldre. Forskning kring äldreomsorgen är eftersatt och har en mycket liten omfattning i relation till verksamhetskostnaderna. Regeringen har velat se en högre ambitionsnivå och har därför tillfört äldreforskningen, via Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), 35 miljoner kronor per år.

Satsning på teknik för äldre

Utvecklingen av produkter och tjänster som underlättar vardag och boende för äldre och deras anhöriga behöver understödjas. Alliansregeringen har därför gjort en särskild satsning på teknik för äldre. Hjälpmiddelsinstitutet har fått i uppdrag att samordna satsningen på 22 miljoner kronor per år. Områden som ingår i satsningen är teknik i bostäder, information och tillgänglighet, samt teknikhjälp till anhöriga.

Åtgärder för en säker läkemedelsförskrivning

Felmedicinering av äldre är ett omfattande problem som måste motverkas. Alliansregeringen har vidtagit flera åtgärder; satsningar har gjort på så kallade läkemedelsgenomgångar inom ramen för de statliga stimulansbidragen. Patientdatalagen har ändrats, så att patientinformation ska kunna delas mellan olika vårdgivare om patienten samtycker till det. Lagen om

läkemedelsförteckning har också ändrats. Legitimerade sjuksköterskor kan nu i akuta situationer få tillgång till uppgifter om de läkemedel som patienten hämtat ut. Inom landstingen pågår också arbetet med att införa en nationell patientöversikt. Patientöversikten kan bland annat minska frekvensen av försenad diagnos och överbehandling. Regeringen har givit hög prioritet åt att påskynda införandet av säkra och användarvänliga IT-stöd. För närvarande pågår också framtagandet av en nationell läkemedelsstrategi.

4 Arbetsgruppens förslag

Det är dags för en fortsättning, både när det gäller att underhålla de långsiktiga ambitionerna och när det gäller de konkreta reformerna. De åtgärder som genomförts under innevarande mandatperiod bildar en grund för fortsatt utveckling av äldrepolitiken. Arbetsgruppens direktiv innefattar frågeställningar som rör äldres delaktighet i arbetslivet och äldre personers ekonomiska förutsättningar. När det gäller dessa två frågeområden är denna rapport inte att betrakta som ett heltäckande politiskt program. Vi hänvisar därför också till de överväganden som görs i arbetsgruppen för en ansvarsfull ekonomisk politik.

4.1 TA TILL VARA ÄLDRES KOMPETENS OCH ERFARENHET

Äldres kompetens och erfarenhet måste tas till vara i mycket högre grad. Äldre som vill och kan fortsätta arbeta ska få möjlighet att göra det. Varje människa har rätt att bli bemött utifrån den han eller hon är och inte utifrån födelseår. Skyddet mot åldersdiskriminering måste stärkas. Många äldre känner att de har mycket kvar att ge även efter ordinarie pensionsålder, förmågan att arbeta är inte direkt kopplad till en viss ålder. Dagens hjärnforskning visar att den vuxna friska människan har sin mest kreativa period under de cirka 20 år som följer efter 55 års ålder. Tillsammans med mognad och erfarenhet finns det – i motsats till vad många tror – just i denna period en särskild förutsättning för nydanande arbete.

STÄRKT SKYDD MOT ÅLDERDISKRIMINERING

Arbetsgruppens förslag: Stärk skyddet mot diskriminering på grund av ålder inom alla relevanta samhällsområden i diskrimineringslagen.

Förbudet mot diskriminering av äldre i arbetslivet som infördes den 1 januari 2009 markerar en omvärdering av synen på äldre. Men fortfarande är det tillåtet att särbehandla äldre, eller ha fyrkantiga åldersgränser på en rad andra områden i samhället. Det borde inte vara tillåtet att negativt särbehandla äldre när det gäller till exempel varor och tjänster, bostäder, sjukvård, forskning, samt sociala tjänster och socialförsäkringar. Utredningen "Ett stärkt skydd mot diskriminering på grund av ålder" utreder för närvarande frågan. Arbetsgruppen anser att arbetet med en bredare lag mot åldersdiskriminering, som omfattar alla samhällsområden, måste fortskrida.

SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT LÄNGRE ARBETSLIV

Arbetsgruppens förslag: Gör en kartläggning av hinder och incitament i arbetslivet som bland annat inkluderar avtal och regelverk. Målsättningen är att hinder och trösklar i äldres arbetsliv tas bort så att äldres arbetslust och kompetens kan tas till vara.

Vi lever allt längre och lever allt fler år som friska pensionärer. Ibland är pensioneringen frivillig och efterlängtd, men inte alltid. Alliansregeringen har genom olika skatteförändringar gjort det mer attraktivt att fortsätta att arbeta efter 65 års ålder för den enskilda och för arbetsgivare att ha äldre anställda. Men vi behöver göra mer.

I en rapport till Finanspolitiska rådet visas hur mycket pensionsåldern skulle behöva höjas för att den genomsnittliga pensionstiden ska vara oförändrad när medellivslängden ökar. För att kompensera för ökningen av medellivslängden sedan 1970-talet, skulle pensionsåldern idag behöva vara drygt 68 år, och 2020 skulle den behöva öka till omkring 70 år. Det ligger fler värden i att fortsätta arbeta även sedan man blivit äldre än att bara uppbära lön. Forskningen har visat att det är hälsosamt att arbeta deltid även en tid efter ordinarie pensionsålder, och det socialt så viktiga nätverket med arbetskamraterna förblir då också intakt längre. Känslan av meningsfullhet och att vara behövd förknippas av många med just arbetet.

Äldre är en viktig resurs på arbetsmarknaden. Vi ska fortsätta att förbättra förutsättningarna för äldre att stanna kvar i arbetslivet. Det behövs också åtgärder som gör det lättare för den äldre som blivit arbetslös att åter komma i arbete, och för den som har ett arbete att våga ta klivet till en ny arbetsplats. För att vi ska kunna arbeta lite längre, behöver arbetslivet anpassas.

Många skulle säkert vilja arbeta längre om det fanns andra möjligheter att anpassa arbetstider, byta jobb och ändra arbetsuppgifter. Men hinder och trösklar är idag inte tillräckligt kartlagda. Det kan inte uteslutas att förändringar i regelverk och avtalskonstruktioner skulle ha en positiv inverkan på äldres möjligheter och incitament att stanna kvar i arbetslivet.

SE ÖVER ÅLDERSGRÄNSER I SYSTEMEN – FÖR ETT LÄNGRE ARBETSLIV

Arbetsgruppens förslag: Se över åldersgränserna i försäkrings-, bidrags- och avgiftssystemen, mot bakgrund av att vi numera har en rörlig pensionsålder och en rätt att jobba kvar till 67 års ålder.

Trots att rättigheten att ha kvar sin anställning har höjts till 67 år och vi numera har en rörlig pensionsålder ligger de flesta åldersgränser i de olika försäkrings- och avgiftssystemen kvar vid den tidigare generella pensionsåldern på 65 år. En del rättigheter försvinner i den allmänna socialförsäkringen och de

kollektivavtalade kompletterande systemen när man fyller 65 år. Arbetsgivarna behöver heller inte betala lika höga arbetsgivaravgifter när den anställde fyller 65 år. Samtidigt införs andra rättigheter i pensionssystemet vid samma ålder.

Arbetsgruppen anser att åldersgränserna i de olika försäkrings-, bidrags- och skattesystemen bör ses över och anpassas till att vi numera har en rörlig pensionsålder: Rätten till sjukpenning begränsas och rätten till förtidspension försvinner vid 65 års ålder. Den som blir arbetslös efter 65 års ålder får ta ut ålderspension i stället för att få a-kassa. Man kan dock vara inskriven på arbetsförmedlingen även efter 65 års ålder. Eftersom möjligheterna att få ersättning från socialförsäkringssystemen begränsas vid 65 år betalar arbetsgivarna inte längre den vanliga arbetsgivaravgiften utan enbart pensionsavgift för anställda om har fyllt 65 år.

Vid 65 år tillkommer vissa rättigheter. Då kan man börja ta ut garantipension om man är berättigad till det. Den som inte har bott i Sverige tillräckligt länge för att få garantipension kan i stället få inkomstprövat äldreförsörjningsstöd vid 65 år. Vid denna ålder kan man även få bostadstillägg för pensionärer (BTP) och särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) som också är inkomstprövat.

I takt med att vi lever allt längre och får allt fler friska år finns det anledning att se över om åldersgränserna i de olika socialförsäkrings-, bidrags och avgiftssystemen ska ligga just vid 65 års ålder.

UNDERLÄTTA FÖR ÄLDRE MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING ATT ARBETA

Arbetsgruppens förslag: Ta bort åldergränserna i stöden till personer med funktionsnedsättning som arbetar.

Förändringar av åldersgränser i bidragssystemen kräver överväganden. Men några gränser bör kunna förändras snabbare. Det gäller framförallt för de olika stöd som riktas till personer med en funktionsnedsättning. Bilstöd är ett stöd för att köpa bil och eller att anpassa sin bil till en funktionsnedsättning. Det kan man bland annat få om man har en funktionsnedsättning som gör att man är beroende av bil för att kunna arbeta. Med nuvarande regler upphör stödet vid 65 års ålder.

Stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen kan beviljas till den som har behov av hjälpmedel som anställd, företagare eller fri yrkesutövare. Stödet kan gå till hjälpmedel, en anpassning av programvara eller befintligt datorsystem eller av den fysiska arbetsplatsen. Stöd till hjälpmedel kan man idag inte få när man har fyllt 65 år.

Stöd till personligt biträde är en kompensation till arbetsgivaren för merkostnader till följd av att arbetsgivaren avsätter personal för stöd i arbetet för den som är funktionshindrad. Stöd till personligt biträde kan arbetsgivaren idag inte få för en anställd som har fyllt 65 år. Arbetsgruppen anser att den övre åldersgränsen för dessa tre stöd bör tas bort.

INRÄTTA ETT ÄLDREKOMPETENSCENTRUM

Arbetsgruppens förslag: Inrätta ett äldrekompetenscentrum för utveckling av arbetslivet för äldre.

I Norge har kompetenscentrat Centrum för seniorpolitik (SSP) ett regeringsuppdrag att på nationell nivå koordinera insatser som syftar till att arbetslivet ska utformas så att äldre väljer att fortsätta arbeta. Målsättningen är att hjälpa äldre till arbete och företagen till både lönsamt och ansvars-kännande beteende gentemot sina äldre medarbetare. I Danmark bygger man nu med statliga medel upp ett system för att sprida information och inspirera arbetsgivare, fackliga företrädare och arbetsförmedlingar till att utveckla seniorperspektivet i arbetslivet.

Vi vill skapa ett svenskt kompetenscentrum för utveckling av en god seniorpolitik i arbetslivet. Arbetsgivare ska där kunna få konsultstöd och rådgivning vid. Centrat bör fungera som en kunskapsbank, men också stödja och inspirera arbetet med att utveckla personalpolitiken.

Undersökningar har visat att sjukskrivning och förtidspension är högre hos människor som endast har haft en arbetsgivare. Arbetstagare som varit länge hos en arbetsgivare kan uppleva att det inte satsas på de äldre medarbetarna när det gäller till exempel kompetensutveckling. Arbetsgivaren å sin sida kan ha föreställningar om att äldre medarbetare inte vill, eller kan, uppdatera sig. Ett äldrekompetenscentrum skulle kunna bidra till att utveckla äldreperspektivet i arbetslivet.

Ett svenskt äldrekompetenscentrum bör kunna få i uppgift att stimulera framväxten att jobbcoacher eller jobbmentorer såväl på den statliga som privata arbetsförmedlingar som specialiserar sig på äldre arbetskraft. Detta för att skapa en mer flexibel arbetsmarknad där det blir naturligt även för äldre att byta jobb. På så sätt kan även ohälsan sänkas i takt med att fler människor har arbeten de trivs med.

Undersökningar pekar på att egenföretagare fortsätter att arbeta längre än anställda. En anledning kan vara att egenföretagare finns inom yrken där människor orkar jobba länge men också att arbetet är utvecklande. En annan anledning kan vara att egenföretagare i högre utsträckning än anställda kan bestämma sina arbetstider själva. Det gör att man gradvis kan trappa ned sin arbetsinsats. Alliansregeringen har gjort det möjligt att få F-skattsedel även om man bara har en uppdragsgivare. Det gör att man kan fortsätta att jobba åt sin tidigare arbetsgivare som konsult efter det att anställningen har upphört. Alliansregeringen har dessutom sänkt arbetsgivaravgiften för äldre vilket tillsammans med jobbskatteavdraget gör egenföretagande till en ekonomiskt attraktiv organisationsform för den som är äldre. En uppgift för äldrekompetenscentrum bör vara att på olika sätt uppmuntra och informera äldre om hur man gör för att bli egenföretagare

4.2 LÄGG FLER FRISKA ÅR TILL LIVET

Medellivslängden i Sverige ökar, vi blir allt äldre och lever den sista tiden i livet med flera sjukdomar. Det blir allt viktigare att finna svar på vilka faktorer som styr att man håller sig frisk längre genom livet. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder behöver i betydligt högre utsträckning riktas till äldre personer. Det finns ett ökande intresse för folkhälsoarbete riktat till äldre människor. Detta intresse växer i takt med studier som visar på positiva effekter av insatser sent i livet. Vi känner till bra fungerande metoder för prevention riktade till äldre. Om insatser enligt dessa metoder genomfördes i större utsträckning skulle det få stora effekter på äldres hälsa och välmående.

ERBJUD FÖREBYGGANDE HEMBESÖK TILL ALLA ÖVER 75 ÅR

Arbetsgruppens förslag: Förebyggande hembesök bör successivt erbjudas till alla personer över 75 år.

Frivilliga, förebyggande hembesök är en metod för att nå ut även till grupper som annars är svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Hembesöken har mycket hög evidens när det handlar om att bevara god hälsa och förebygga ohälsa. Vid hembesöket kan den enskilda äldre få information om vilka möjligheter som finns i närområdet, såsom lokala träffpunkter, aktiviteter inom föreningslivet, seniorgympa, promenadgrupper, möjlighet att erbjuda eller ta emot frivilliginsatser osv. Samtalet i hemmet ger också möjligheter att identifiera risker för fallskador, att se möjligheter till bostadsanpassning och behov av hjälpmedel samt att tala om den äldres läkemedelsanvändning.

För anhörigvårdare kan hembesöken ha en mycket viktig funktion. För de anhörigvårdare som inte redan har kontakt med kommunen, kan det vara ett tillfälle att få information om vilka möjligheter till stöd och avlösning som finns i kommunen. Numera finns också olika former av anhörigstöd tillgängligt i de allra flesta kommuner.

Det är viktigt att hembesök genomförs regelbundet och återkommande för att ge bestående effekter. En förutsättning för goda resultat är att kompetens från både socialtjänst och primärvård finns representerad i planering och genomförande av hembesöken. Statliga stimulansbidrag har under mandatperioden utgått till kommuner och landsting för att öka antalet förebyggande hembesök. Denna satsning har visat goda resultat. Genom utvärdering och spridning av de goda resultaten från arbetet med förebyggande hembesök kan besöken successivt erbjudas till alla personer över 75 år. En översyn och samordning av sjukvårdens och socialtjänstens skyldigheter/möjligheter att dokumentera besöksverksamheten bör också genomföras.

JÄMFÖR DET FÖREBYGGANDE ARBETET I KOMMUNER OCH LANDSTING

Arbetsgruppen föreslår: Utveckla öppna jämförelser av de förebyggande insatserna i kommuner och landsting.

En av det kommunala självstyrets stora fördelar - mångfalden av sätt att organisera och bedriva verksamhet – tas inte alltid till vara. Goda exempel på hur preventivt arbete kan bedrivas sprids i mycket liten utsträckning mellan huvudmännen och dåliga exempel försvinner inte alls så fort från verksamheterna som de rimligen borde göra.

Det behövs mycket mer av jämförelser av förebyggande åtgärder och en central utvärdering och spridning av resultaten. Sådana jämförelser är ett mycket kraftfullt instrument för att öka intresset för huvudmännens prestationer på området, och få förändringar till stånd. Men då är det nödvändigt att de öppna jämförelserna håller en hög tillförlitlighet, frekvens och vederhäftighet. För att kunna jämföra prestationer, behöver indikatorer utvecklas för kvalitet och effektivitet. Denna uppgift kräver dock att mer av information och statistik görs tillgängligt. Detsamma gäller utvecklingen av långsiktigt tillgängliga källor för information vilka kommer att vara en central del i arbetet med att utveckla öppna jämförelser på folkhälsoområdet.

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen utarbetat ett system för öppna jämförelser av kvaliteten på äldreomsorgen. Resultaten finns presenterade på den så kallade äldreguiden och är nedbrytbara på enhetsnivå. Arbetsgruppen föreslår att ett liknande uppdrag bör genomföras och öppna jämförelser bör utvecklas när det gäller omfattningen, kvalitet och effekter av förebyggande åtgärder i kommuner och landsting.

SATSA PÅ MEDICINSKT ANSVARIGA FÖR REHABILITERING

Arbetsgruppens förslag: Gör tjänster som medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) tillgängliga i alla kommuner.

Ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret, och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård inom såväl kommunerna som landstingen. Ett stort problem är dock att ansvaret för patienten skiftar mellan huvudmännen beroende på tidpunkt och skede i rehabiliteringsprocessen.

Rehabilitering är en avgörande förutsättning för att äldre personer ska kunna återfå förmågor efter t.ex. en stroke eller en höftfraktur. När ingen tar ansvar uteblir ofta den sammanhängande rehabilitering som äldre behöver. Rehabilitering av äldre förutsätter ett mångprofessionellt arbete på sjukhus, i landstingens primärvård och i den kommunala vården och omsorgen, samt i samverkan över huvudmannaskapsgränserna. Brister i rehabilitering och

samverkan medför ett ökat behov av hemtjänst och platser i särskilda boenden. Det pågår verksamheter i samverkan mellan kommuner och landsting och som också gett positiva effekter. Men ett mer rehabiliterande förhållningssätt behöver utvecklas inom äldreomsorgen, och vård- och omsorgspersonal behöver få handledning i olika rehabiliteringsmetoder.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall det inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas en Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut eller sjukgymnast fullgöra uppgiften som medicinskt ansvarig för detta område (MAR). I Sverige finns cirka 40 MAR-tjänster i kommunerna.

För att utveckla rehabiliteringen och ge denna ett större utrymme i vården föreslås att statliga stimulansmedel införs för att inrätta MAR-tjänster i fler kommuner.

4.3 SKAPA TILLIT OCH TRYGGHET I VARDAGEN

Med tilltagande ålder blir behovet av trygghet allt mer konkret – från att handla om tryggheten att slippa inbrott och att kunna röra sig utan oro i sitt närområde – till att det finns människor nära som kan hjälpa till om något händer. Det kan vara så att mänsklig kontakt och samvaro för den äldre uteslutande sker via vänliga men okända och snabbt passerande medarbetare från hemtjänsten.

Osäkerheten om vilken hjälp man kan få, och vilken äldreomsorg man kan förvänta sig kan vara stor. När krafterna avtar måste samhället kunna beakta individuella behov. Något som är mycket viktigt – och det gäller för alla människor – är att uppleva en känsla av sammanhang och kontroll över sitt eget liv.

LOKALA VÄRDIGHETSGARANTIER I ALLA KOMMUNER

<p>Arbetsgruppen förslag: Lokala värdighetsgarantier bör finnas i landets alla kommuner. En lokal värdighetsgaranti bör innehålla en konkret beskrivning av vad äldre personer, deras anhöriga och övriga kommuninvånare kan förvänta sig av de tjänster som kommunen erbjuder inom äldreomsorgen.</p>

I propositionen Värdigt liv i äldreomsorgen gör regeringen bedömningen att lokala värdighetsgarantier bör uppmuntras i äldreomsorgen och bör kunna tillämpas av såväl kommunen som enskild verksamhet. Att regeringen uppmuntrar lokala värdighetsgarantier och ger möjlighet för kommuner att ge kompensation till äldre om åtagandena i garantin inte fullgörs är ett viktigt steg i arbetet att stärka den äldres rättigheter i äldreomsorgen. Ett antal kommuner runt om i landet har infört olika former av tjänstegarantier inom äldreomsorgen. Exempel på sådana kommuner är Vara och Markaryd. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en viktig diskussionspart ifråga om hur arbetet med värdighetsgarantier kan utvecklas.

Det är en mycket viktig kvalitets- och trygghetsfråga att äldre – i landets alla kommuner – kan förlita sig på en lokal värdighetsgaranti som innehåller en tydlig beskrivning av vad äldre personer, deras anhöriga och övriga kommuninvånare kan förvänta sig av de tjänster som kommunen erbjuder inom äldreomsorgen. Förutom en ökad tydlighet om vilken service man kan förvänta sig kan en lokal garanti även bidra till kvalitetsutveckling genom att äldreomsorgens medarbetare får en tydligare bild av sina arbetsuppgifter.

Processen med att utveckla en värdighetsgaranti i kommunen bidrar till diskussion bland politiskt förtroendevalda, tjänstemän, äldreomsorgens personal samt äldre och deras anhöriga om vad som är viktiga faktorer för kvaliteten i äldreomsorgen. Innehållet i värdighetsgarantin för äldreomsorgen bör beslutas av varje kommun, som har ansvaret för utförande av omsorgen och vården av äldre.

När Lagen om valfrihetssystem, LOV, används blir den lokala värdighetsgarantin en naturlig del i regelverket. Det blir den kvalitetsnivå under vilken ingen utförare kan erbjuda tjänster. Den kvalitetskonkurrens som blir följd av LOV gör att den verkliga kvalitetsnivån på sikt blir betydligt högre.

LOKALA BROTTSFÖREBYGGANDE PROGRAM FÖR ÄLDRE

Arbetsgruppens förslag: Stimulera lokala brottsförebyggande program för äldre.

Vissa kommuner har kommit långt i arbetet för att förebygga brott mot äldre och ge hjälp och stöd till äldre som utsatts för brott. Det kan handla om insatser för att förebygga stölder i äldres hem eller aktiva strategier för att hantera våld mot äldre. Tätt samarbete med till exempel polis, frivilliga aktörer och vården är ofta nyckel till framgång. Arbetssätt av detta slag behöver spridas till alla landets kommuner. Staten bör därför stimulera uppbyggnaden av lokala program för att hantera brott mot äldre i kommunerna.

Programmen bör säkerställa att:

- Det finns väl fungerande hjälpinsatser för brottsutsatta äldre. Det är särskilt viktigt för dem som är utsatta för våld. Personal som arbetar i äldreomsorgen och sjukvården ska ha kunskap om brottslighet riktade till äldre.
- Information sprids till äldre om hur man förebygger brott och om kommunens hjälpinsatser, exempelvis genom att personalen informerar, det ordnas träffar med polis, det finns uppsökande verksamhet och sprids broschyrer.
- Äldre och anhöriga till äldre bör ha möjlighet att få direktkontakt med rådgivning och stöd vid misstanke om all typ av brottslighet. Personalen ska vara utbildad i bemötande av äldre, kunna ge råd och hänvisa vidare, t.ex. till polis och till de stöd- och hjälpinsatser, som finns lokalt.
- Det finns ett väl fungerande samarbete mellan polis, hälso- och sjukvården, frivilliga aktörer m.fl. Brotts mot äldre bör finnas med i trygghetskontrakt som i allt fler fall knyts mellan kommuner och polis.
- Det viktiga i att olika aktörer samarbetar bör särskilt lyftas fram. Brottsofferjourer, kvinnojourer, pensionärsorganisationer, grannsamarbeten och andra frivilliginsatser spelar en viktig roll för att förebygga brott och hjälpa brottsutsatta. De bör involveras och deras kunskap tas till vara. Nära samarbete med polisen är nödvändigt bland annat för att säkerställa att den informationen om brott som ges är korrekt och motverkar felaktiga bilder om verkligheten.

4.4 ÄLDRE SKA HA INFLYTANDE OCH VALFRIHET

Utgångspunkten för arbetsgruppens förslag är att äldre personer måste ges större självbestämmande över sin vardag, också när de är i behov av äldreomsorg. Fler personer måste få möjligheten välja hemtjänst och äldreboende. De kommande fyra åren behöver därför präglas av åtgärder som förstärker den valfrihetsutveckling som inletts. Tre åtgärder är särskilt centrala:

För det första; äldre personers egna, fria val av utförare inom äldreomsorgen ska underlättas ytterligare, genom att incitamenten och möjligheterna för kommuner att inrätta valfrihetssystem ska öka. För det andra; självbestämmandet och delaktigheten för äldre ska öka när det gäller äldreomsorgens innehåll. För det tredje; Fritt val inom hjälpmedelsområdet ska införas.

Lagen om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. För närvarande har cirka 200 kommuner ansökt om statliga medel för att undersöka möjligheterna att upprätta valfrihetssystem. En ökad valfrihet inom äldreomsorgen leder till bättre möjligheter för individen att få sina behov och önskemål tillgodosedda.

Valfriheten kan exempelvis ge möjlighet för äldre med invandrarbakgrund att välja ett särskilt boende där personalen talar ens eget modersmål och har inblick i den egna kulturen, vilket är särskilt viktigt för den som har en demenssjukdom. En förutsättning för ökad valfrihet är att det finns många utförare att välja bland och att alternativen ser olika ut. Fler utförare måste vilja och kunna etablera sig som leverantörer av den offentligt finansierade vården och omsorgen. Kraven på utförarna i valfrihetssystemen får inte vara så detaljerade att de förhindrar att en mångfald av utförare med olika inriktning växer fram.

VALFRIHET I ÄLDREOMSORGEN I ALLA KOMMUNER

<p>Arbetsgruppens förslag: Införandet av valfrihetssystem (LOV) inom äldreomsorgen bör drivas på. Senast 2014 bör alla kommuner i landet ha beslutat om valfrihetssystem enligt LOV, annars bör tvingande lagstiftning för kommunerna övervägas.</p>

Lagen om valfrihetssystem bygger på frivillighet för varje kommun att göra en egen avvägning av möjligheterna att tillhandahålla valfrihet. Det bör vara en tydlig uppgift för allianspolitiker på alla nivåer att främja framväxten av valfrihetssystem i landets samtliga kommuner. Det finns all anledning att ha respekt för att införandet sker med olika hastighet. Det är dock inte acceptabelt att kommuner av ideologiska skäl vägrar ge makten till de äldre.

Med all respekt för det kommunala självstyret så är den äldres rätt att själv bestämma en viktigare princip. Det är därför viktigt att lägga fast en målsättning: alla äldre i landet ska ha valfrihet i äldreomsorgen senast 2014. Om det då

fortfarande finns kommuner som inte har gett de äldre makten bör tvingande lagstiftning övervägas.

Ytterligare uppdrag till Socialstyrelsen bör ges under nästa mandatperiod för att följa men också utveckla incitamenten och riva förekommande hinder, så att alla kommuner kan införa valfrihetssystem enligt LOV. Andra tillkommande frågor som rör äldres möjlighet att välja, införandet av valfrihetssystem och utförarnas förutsättningar bör följas mycket noga.

ÖKA DE ÄLDRES INFLYTANDE INOM ÄLDREOMSORGEN

Arbetsgruppens förslag: Biståndsbedömningen för äldre behöver förenklas och utvecklas för att ge den äldre mer inflytande och självbestämmande.
--

Vi vill öka den äldres självbestämmande i äldreomsorgen. Betydelsen av individanpassning framgår av bestämmelser i socialtjänstlagen. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Socialstyrelsens kunskapsöversikt om brukarinflytande i äldreomsorgen pekar på att arbetet i äldreomsorgen har blivit allt mer formaliserat. Det ger å ena sidan den äldre en säkerhet genom att reglerna talar om vad den äldre kan förvänta sig och vilka krav han eller hon kan ställa. Å andra sidan begränsar detta möjligheten till flexibilitet. Översikten pekar vidare på att det finns en tendens till mycket detaljerade biståndsbeslut. Ju mer detaljerade beslut, desto mindre blir handlingsutrymmet mellan hemtjänstpersonalen och den äldre själv. Inflytandet minskar både för personalen och för den äldre att själva påverka situationen

Propositionen Värdigt liv i äldreomsorgen innehåller ett förtydligande av äldre personers rätt till inflytande över insatsernas utformning. Förslaget innebär inte en utökad eller mer detaljerad reglering i förhållande till i dag, utan snarare ett förtydligande av det som lagtexten avser.

Den föreslagna bestämmelsen innebär att den äldre personen så långt möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges inom ramen för de beslutade insatserna. Men möjligheten att förenkla och utveckla biståndsbedömningen för rätt till insatser till äldre behöver utvecklas ytterligare. Bl.a. bör frågan om att i stället för biståndsbeslut ge alla över en viss ålder rätt till en serviceinsats utan biståndsbedömning, den s.k. Linköpingsmodellen, utredas och rättsläget klargöras och för- och nackdelar beskrivas.

FRITT VAL AV HJÄLPMEDEL SKA INFÖRAS

Arbetsgruppens förslag: Inför ett fritt val av hjälpmedel i hela landet.

Hjälpmedelsområdet lämpar sig av flera skäl väl för en ökad valfrihet. Under 2008 startade tre landsting – efter beslut av regeringen – försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel. Syftet med verksamheten har varit att pröva valfrihet när det gäller hjälpmedel så brett som det är praktiskt och juridiskt möjligt. Den största åldersgruppen som tackat ja till ett fritt val är de som är 80 år eller äldre (drygt 40 procent). System för fritt val är enkelt för den enskilde: Vill man välja själv får man en rekvisition av sin förskrivare för att själv inhandla sitt hjälpmedel. Den brukare som inte vill välja på egen hand får tillgång till hjälpmedel på traditionellt sätt genom huvudmannens försorg.

Arbetsgruppen anser att äldre och andra med funktionsnedsättning behöver ges större möjligheter att själva välja hjälpmedel. En kommande reform bör bygga på erfarenheterna från den försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel som inletts under innevarande mandatperiod. Försöksverksamheten bör regleras i nödvändiga delar. Fritt val av hjälpmedel ska ha förutsättningar att finnas i hela landet. Formerna för denna övergång behöver utredas.

En annan fråga med viss koppling till fritt val av hjälpmedel är reglerna för vilka hjälpmedel man måste bekosta själv och vilka som landstinget subventionerar. Regelverket ser väldigt olika ut över landet. Hur mycket man måste betala själv exempelvis för en hörapparat eller en rullstol kan variera med tusentals kronor mellan landstingen. Det beror på att det är landstingen själva som fattar beslut om dessa regler. Samtidigt ska hälso- och sjukvård ges på lika villkor över landet och efter behov. Det är inte rimligt att det är bostadsorten som avgör hur mycket man måste betala för ett hjälpmedel som är en förutsättning för ens delaktighet i samhällslivet och sociala gemenskaper. Vi välkomnar att organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beslutat att tillsammans med landstingen utarbeta förslag till rekommendationer för att harmonisera landstingens regler på olika områden inom hälso- och sjukvården, däribland hjälpmedel.

4.5 EN MÅNGFALD AV BOENDEN FÖR ÄLDRE

Att själv ha möjlighet att bestämma hur man ska bo är en central del av äldres självbestämmande. Hur den äldres önskemål ser ut kan förändras över tid. Det behövs därför en mångfald av boenden anpassade för äldre, både på den vanliga bostadsmarknaden och i äldreboenden som kräver biståndsbeslut i kommunen. Äldre, som så vill, ska ha möjlighet att bo kvar i sin egen bostad så länge som möjligt. Med stödinsatser i form av t ex hemtjänst, hemsjukvård och trygghetslarm kan många äldre bo kvar tryggt hemma till livets slut.

Rätten att bo kvar hemma får dock inte förvandlas till ett tvång. Under de socialdemokratiska regeringsåren minskade antalet platser i särskilt boende för äldre dramatiskt. Mellan år 2000 och 2006 försvann nästan 20 000 platser. Att vända en sådan utveckling tar tid men statistiken över hur många som bor i särskilt boende för äldre tyder nu på att den negativa utvecklingen har brutits. Men vi kan inte slå oss till ro. På många håll i landet är det brist på äldreboenden och behovet kommer att öka. Allians för Sverige behöver fortsätta att bidra till en mångfald av boenden som är anpassade till äldres behov.

LÅNGSIKTIG SATSNING PÅ ANPASSADE ÄLDREBOENDEN

<p>Arbetsgruppens förslag: Staten bör fortsatt bidra till fler platser i särskilt boende och i trygghetsboende. Ambitionen bör på sikt vara att ge äldre möjlighet att själva välja när det är dags att flytta till ett anpassat boende.</p>

Hälften av landets kommuner säger att det inte finns tillräckligt med platser i särskilt boende för äldre. Bristen på särskilt boende gör att många äldre med stora vårdbehov inte får den vård och omsorg som de skulle behöva. Neddragningarna av antalet platser har förbytts till en liten nettoökning under 2009. Men utbyggnaden av platser i särskilt boende för äldre behöver fortsätta runt om i landet. Antalet äldre med stora vårdbehov kommer att öka, och vi behöver planera för framtiden.

Alliansens ambition är att den äldre själv ska få avgöra när det är dags att flytta till ett boende som kan erbjuda större trygghet och social gemenskap. Vi ser därför ett stort behov av att bygga fler trygghetsboenden runt om i landet. Det är ett boende för äldre som kan klara en del av sin vardag själva, men som vill ha sällskap och fler människor omkring sig. Där finns lokaler för social samvaro, aktiviteter och gemensamma måltider. Där finns personal till hands varje dag för de boende. Vi vill fortsätta utveckla det statliga stödet för fler trygghetsboenden, så att fler äldre får möjlighet att välja ett sådant boende.

De statliga investeringsstöden har varit viktiga för att skapa fler platser i särskilt boende och trygghetsboende. Denna typ av satsningar måste vara långsiktiga. På så sätt kan fler äldre med vård- och omsorgsbehov få möjlighet att flytta till ett särskilt boende för äldre.

Utvecklingen av seniorbostäder och trygghetsboenden öppnar möjligheter för många äldre att hitta ett boende som bättre passar deras egna behov. Då många senior- och trygghetsboenden är ny- eller ombyggda fastigheter är boendekostnaden ofta relativt hög. Det är ett viktigt mål att även den som har låg pension ska kunna flytta till en trygg bostad med god tillgänglighet och gemensam service. Investeringsstödet har medfört att hyresnivån kan bli lägre, även bostadstillägg och pensioner har betydelse för äldre personers boendekostnader.

GE ÄLDRE PAR MÖJLIGHET ATT FORTSÄTTA BO TILLSAMMANS

Arbetsgruppens förslag: Inför en lagreglerad möjlighet för äldre par att bo tillsammans, även om deras vård- och omsorgsbehov skiljer sig åt.

Många äldre par har levt ett helt liv tillsammans, delat allt och har tänkt göra det till livets slut. Det förekommer att kommuner splittrar par mot deras vilja under deras sista år i livet. När den ena maken får så stora omvårdnadsbehov att en flytt till ett äldreboende blir nödvändig nekas den andra maken att flytta med om han eller hon själv inte har tillräckliga omvårdnadsbehov. Drabbade personer vittnar om oro, sorg och förtvivlan över att tvingas leva åtskilda. Det är inte värdigt ett välfärdssamhälle att behandla äldre på det viset.

För fyra år sedan ändrades socialtjänstförordningen (2001:937) så att om två makar eller sammanboende bedöms ha ett behov av särskilt boende, så ska de beredas plats på samma boende. Det var en välkommen förändring, men inte tillräcklig eftersom regeln inte gäller om bara en av makarna har ett behov av särskilt boende. Äldres rätt att bo tillsammans med sin livskamrat bör regleras tydligare i lag. En möjlighet till parboende bör därför införas. Det förutsätter förstås att båda makar vill fortsätta att bo tillsammans. Det måste alltid vara ett frivilligt val från båda parter.

Förutsättningarna för parboende ser olika ut i olika kommuner. Lärdomar finns att hämta i de kommuner som ger äldre par möjlighet att fortsätta bo tillsammans i äldreboende, även då endast den ene maken har omsorgsbehov. Det handlar inte om många par per kommun och i regel krävs endast en flexibel planering från huvudmannens sida. Det medför därför endast marginella kostnader och ett mindre administrativt merarbete för kommunen. Men för det enskilda paret handlar det om livskvaliteten och tryggheten under de sista åren i livet.

SÄRSKILT BOENDE SKA BENÄMNAS VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

Arbetsgruppens förslag: Begreppet särskilt boende byts ut mot vård- och omsorgsboende i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen.

Det finns flera begrepp som används för att beskriva olika slag av bostäder avsedda för äldre. Det har i sin tur skapat en begreppsförvirring som medför

oklarheter vad den enskilde kan förvänta sig av respektive boendeform. I Sveriges officiella statistik definieras särskilt boende på följande sätt: "Enligt socialtjänstlagen ska kommunerna inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Vid dessa kan omfattande service och vård förekomma dygnet runt. Kommunerna har ansvaret för såväl sociala som medicinska insatser, förutom sådana som ges av läkare".

Begreppet särskilt boende har aldrig slagit igenom som begrepp vare sig i kommunerna eller hos befolkningen. Däremot förekommer många andra begrepp för den boendeform som hänvisas till i socialtjänstlagen och dessa begrepp är på många håll vanligare än begreppet särskilt boende. Sådana begrepp är t.ex. äldreboende, ålderdomshem, servicehus och sjukhem. De personer som i dag bor och vårdas i särskilt boende är mycket vård- och omsorgskrävande och lider inte sällan av demenssjukdom. Begreppet vård- och omsorgsboende beskriver därför bättre den boendeform som särskilt boende har utvecklats till under senare år.

4.6 HÅLL SAMMAN VÅRDEN OCH OMSORGEN OM ÄLDRE

Vården och omsorgen i Sverige håller i många avseenden hög kvalitet. Hälso- och sjukvården blir allt bättre på att behandla sjukdomar som är förknippade med hög ålder. Samtidigt finns olösta, strukturella problem i vården och omsorgen. Det drabbar främst äldre personer med de allra största behoven, de som har svårast att göra sin röst hörd.

För en äldre person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier framstå som ett virrvarr av insatser. Många äldre måste administrera sina vård- och sina omsorgskontakter på egen hand, vilket ofta är en omöjlig uppgift. Anhöriga och närstående får rycka in – och det är en hjälp som inte alla äldre har.

Ett bristande omhändertagande av de mest sjuka äldre leder till att hela vårdssystemet drabbas genom oplanerade inläggningar och återinläggningar. Sjukhusresurserna är sannolikt inte otillräckliga – det är vården utanför sjukhusen som inte klarar sitt uppdrag.

Stat, kommuner och landsting måste nu förbereda sig på att ett ökat antal personer kommer att uppnå hög ålder och med flera, samtidiga sjukdomar. De mest sjuka äldre står redan idag för uppskattningsvis hälften av hälso- och sjukvårdens och omsorgens samlade kostnader. Här finns en stor och orealiserad potential till en bättre vård och omsorg, eftersom insatserna för dessa äldre inte fungerar särskilt bra.

Att ge äldre personer en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg är en komplicerad uppgift som kräver mycket av vårdens och omsorgens medarbetare på alla nivåer. Alliansregeringen har vidtagit flera åtgärder inom området. I januari 2010 träffades en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting, vars syfte är att förbättra de mest sjuka äldres vård och omsorg. Regeringens målsättning är också att hemsjukvården ska bli ett kommunalt ansvar. Möjligheten för kommunerna att anställa läkare ska utredas.

Under nästa mandatperiod måste det vara en huvuduppgift att ytterligare förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Det handlar om hälso- och sjukvårdens största och samtidigt mest vårdbehövande patientgrupp. Det är uppenbart att en god vård på lika villkor för denna grupp kräver särskilda åtgärder. Arbetsgruppens förslag har därför utgångspunkten att vården och omsorgen ska anpassas efter de mest sjuka äldres behov, inte tvärtom.

Vi bedömer att det är brister i det medicinska ansvaret som är allra mest angeläget att komma till rätta med. Åtgärder behöver riktas både till omsorgen och vården, men med tonvikten lagd på primärvården. Följande avsnitt tar inte upp utbildnings- och kompetensfrågorna, vilka tas upp i ett särskilt avsnitt. Äldres

tandvård och läkemedelsanvändning behandlas i rapporten från arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdspolitik. I det följande utvecklas våra förslag.

ETT PRECISERAT ÄLDREUPPDRAG FÖR PRIMÄRVÅRDEN

Arbetsgruppens förslag: De mest sjuka äldre måste få hälso- och sjukvård efter behov, som alla andra patienter – och för det krävs en form av vip-status i vården. Det bör därför utredas på vilket sätt primärvården kan få ett preciserat äldreuppdrag. Utredningen bör bland annat pröva på vilket sätt tydligare villkor för de vårdvalssystem, som finns i alla landsting, kan formuleras, så att vården kan bli sammanhållen och möta de mest sjuka äldres behov.

Primärvården brukar kallas den första linjens sjukvård; på vårdcentraler, hälsocentraler och läkarmottagningar ges all den vård som inte kräver inläggning och sjukhusens tekniska och medicinska resurser. I primärvården ges medicinsk behandling men också rehabilitering, omvårdnad och förebyggande insatser.

Primärvården behöver spela en nyckelroll i arbetet för att skapa en bättre vård och omsorg om äldre. Det har visat sig att sjukvårdens arbetssätt inte möter äldre med omfattande och snabbt föränderliga behov på ett optimalt sätt. Det medicinska omhändertagandet har stora brister, liksom samordningen mellan slutenvård, hemsjukvård och äldreomsorg. Helhetsbilden av den äldre patientens sjukdomar, läkemedel och provresultat måste bli bättre. Och de mest sjuka äldre behöver få hjälp med att få rätt vård i rätt tid.

Erfarenheter från forskning och utvecklingsarbeten i vården visar att de mest sjuka äldre behöver hälso- och sjukvård som är anpassad efter deras behov. De måste helt enkelt få ett bättre bemötande och ett samlat omhändertagande.

Arbetsgruppen anser mot denna bakgrund att det måste övervägas på vilket sätt primärvården kan få ett preciserat äldreuppdrag. Ett handlingsalternativ kan vara att tillskapa tydligare villkor för de vårdvalssystem, som finns i alla landsting, så att de mest sjuka äldre får ett bättre omhändertagande i primärvården, överallt i Sverige.

Sådana villkor bör avse vilka uppgifter primärvården ska klara, inte exakt hur det i varje enskilt fall ska gå till. Närmare precisering av villkoren måste ske efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Viktiga uppgifter som bör preciseras är för det första: samordningen mellan sjukvård, hemsjukvård och äldreomsorg. För det andra: hjälp till patienten att få rätt vård, på rätt plats och i rätt tid på alla nivåer av sjukvården – här måste primärvården ta ett huvudansvar för remisser, uppföljning och återkoppling. För det tredje: det ska finnas en helhetsbild av patientens sjukdomar, läkemedel och provresultat.

Svensk förening för allmänmedicin, Svensk geriatrisk förening och Svensk intermedicinsk förening har tagit fram ett policyprogram som handlar om bästa möjliga vård för multisjuka äldre. Vi har låtit oss inspireras av deras förslag som kan tjäna som förebild i vårdvalssystemen och sjukvården framöver: Kring varje

multisjuk äldre bör det finnas ett multidisciplinärt team anpassat till den enskildes behov. Ansvarig läkare inom primärvården, respektive geriatriken, bör ha tillgång till snabb särskild konsultkontakt inom övriga medicinska specialiteter. Detta för att minska behovet för den äldre multisjuka att ta sig till sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Vid behov av slutenvård bör den multisjuka äldre ha möjlighet till inläggning på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvård och en enhet med geriatrisk kompetens, utan att passera någon akutmottagning.

Viktiga målsättningar för primärvården, utifrån den enskildes perspektiv, måste vara att:

- undvika onödiga besök på akutmottagningar.
- hembesök av läkare görs i betydligt större omfattning.
- den äldre personen eller anhöriga ska slippa att sitta i telefonköer för att hitta rätt.
- det ska finnas en fast vårdkontakt att vända sig till.
- lotsandet mellan olika verksamheter och huvudmän sköts av primärvården.
- enstaka punktinsatser ersätts av överblick och återkommande uppföljning av hälsotillstånd och sjukdomar.
- äldre personer ska kunna få en överblick över insatserna och att kunna kontrollera sin livssituation.

UTVECKLA ERSÄTTNINGSSYSTEM FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE

Arbetsgruppens förslag: Statliga utvecklingsmedel bör gå till framtagandet av ersättningssystem som på ett bättre sätt möter de mest sjuka äldres behov av hälso- och sjukvård.

En stor del av hälso- och sjukvårdens verksamhet är beroende av vilka ersättningssystem som tillämpas. Utvecklingen av ersättningssystem är en viktig del i de förbättringar som behöver göras för att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre ska fungera bättre. Ersättningssystemen lämpar sig inte alltid för de mest sjuka äldre, som exempelvis på en och samma gång behöver hjälp för hjärtsvikt, diabetes, demenssjukdom, reumatiska besvär och yrsel. Landstingen har idag skilda system för ersättning till primärvården.

Vissa landsting ger en rejäl extra ersättning till vårdcentraler som tar sig an de mest sjuka äldre, andra ger ingen extra ersättning alls. Företrädare för kommuner, landsting och regioner bör därför tillsammans utveckla ersättningssystem, så att all primärvård kan ge äldre och multisjuka en god och sammanhållen vård. Ersättningssystemen bör i betydligt högre utsträckning styra mot en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Systemen bör bland annat baseras på att sjukvården kommer till de mest sjuka äldre, och inte tvärtom. Regeringen bör bidra med statliga utvecklingsmedel i detta arbete.

SJUKSKÖTERSKAN SOM LOTS I HEMSJUKVÅRDEN

Arbetsgruppens förslag: Sjuksköterskans centrala roll som samordnare och lots för komplicerade vård- och omsorgsbehov bör utvecklas.

Närmare två tredjedelar av landets kommuner har genomfört en frivillig kommunalisering av hemsjukvården som inneburit en klar förbättring av vården för den enskilde. Regeringen har därför föreslagit att en nationell samordnare ska tillsättas med uppgift att stödja det fortsatta arbetet med ett frivilligt överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Frågan om kommuner ska få befogenhet att anställa läkare ska också utredas. Arbetsgruppen anser att överväganden och förslag bör ske med hänsyn till att vården av äldre personer i ökad utsträckning sker i den enskildes ordinära bostad.

En kommunalisering av hemsjukvården är mycket viktig eftersom sjuksköterskeansvaret i denna del övergår till kommunen. Sjuksköterskan är en nyckelperson i både vården och omsorgen om äldre. Sjuksköterskan är den yrkeskategori som har kompetensen för att samordna allt från omsorgsbehov till kontakter med specialistsjukvård. Distriktssköterskan får en tydligare uppgift inom hemsjukvården att samordna insatser och stödja den äldre i vård- och omsorgskontakterna.

SKAPA SAMMANHÅLLNA ENHETER FÖR VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

Arbetsgruppens förslag: Regelverket bör öppnas upp för primärvård och äldreomsorg, så att äldre kan få en sammanhållen vård- och omsorgsverksamhet.

Ett ledmotiv i våra förslag är att äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov behöver en särskilt anpassad vård och omsorg. Frågar man de äldre själva, forskare och andra som är verksamma inom vården och omsorgen, så efterfrågas ett sammanhållet omhändertagande, där övergångar mellan verksamheter och huvudmän inte utgör ett problem. Arbetsgruppens förslag ovan om ett preciserat äldreuppdrag för primärvården skapar en bra grund att stå på i det vidare utvecklingsarbetet. Men vi är också övertygade om att systemen behöver öppnas upp ytterligare.

Vi föreslår därför att det bör skapas förutsättningar för enheter – offentligt eller privat drivna – att uteslutande ta ett helhetsansvar för äldre patienter och omsorgstagare. En möjlighet bör ges för utförare i primärvården att enbart inrikta verksamheten mot äldre med stora och sammansatta behov.

En sådan ny ordning skulle innebära att den äldre kan välja en utförare som ansvarar för alla grundläggande vård- och omsorgsbehov, som hemtjänst, äldreboende, primärvård och hemsjukvård. I praktiken skulle den ekonomiska ersättningen från landsting till vårdgivare regleras inom ramen för vårdvalet i primärvården. Äldreomsorgsinsatserna skulle ske inom ramen för valfrihetssystem enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). Ur den äldres perspektiv skulle gränserna mellan vård och omsorg och annan service upphöra. Insatserna kan karaktäriseras av kontinuitet, överblick och sammanhang för den enskilde. Målsättningen är att hemtjänst, äldreboende, primärvård och hemsjukvård sker i en och samma enhet. Den som börjar bli gammal kan välja enhet och veta att hon kan få en sammanhållen vård och omsorg från att de första mer allvarliga ålderskrämporna uppstår till livet slut.

4.7. HÖJ KOMPETENSEN OCH KVALITETEN

Kvaliteten i vården och omsorgen uppstår i det enskilda mötet mellan människor. Medarbetarna är den viktigaste resursen i vården och omsorgen om äldre. Vi föreslår därför särskilda utbildningssatsningar för äldreomsorgens medarbetare samt satsningar på att öka den geriatriska kompetensen och kunskaperna om demens i både sjukvården och äldreomsorgen.

ETT OMVÅRDNADSLYFT FÖR ÄLDREOMSORGENS MEDARBETARE

Arbetsgruppens förslag: Genomför en utbildningssatsning inom äldreomsorgen. Grundläggande nationella kompetensmål för yrket bör fastställas och möjlighet till ytterligare fördjupning inom fyra specialiserade områden bör inrättas. Medarbetare som har fått sin kompetens genom erfarenhet erbjuds att validera sina kunskaper och vid behov komplettera sin utbildning. De medarbetare som har anställning och saknar nödvändig kompetens erbjuds utbildning. Ett starta-egget-bidrag för äldreomsorgens medarbetare bör införas. En statlig satsning på en ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen bör genomföras.

Allt fler personer lever fler år med god hälsa men senare i livet får också fler leva med ökande skörhet och tilltagande ohälsa. Hög ålder är i sig en stark riskfaktor för t.ex. demenssjukdom eller stroke. Förbättrade levnadsvillkor men också utveckling av bättre metoder för behandling, omvårdnad och omsorg har bidragit till att fler lever längre. Kunskapsinnehållet i alla arbeten både inom omsorg och inom vård för äldre personer ökar kontinuerligt.

Att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens inom både vård & omsorg är avgörande för att äldre personer ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den enskilt viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. Omsorgspersonalen inom omsorg och vård för äldre är Sveriges största yrkeskår med ca 180 000 anställda. Dessa personer ger omsorg, omvårdnad, stöd och hjälp till cirka 250 000 personer.

Omkring 70 procent av kommunernas undersköterskor och vårdbiträden har en gymnasial omvårdnadsutbildning. Många medarbetare har skaffat sig hög kompetens genom många yrkesår men de har inte formell utbildning.

Varje år anställer kommunerna närmare 20 000 personer till vård och omsorg varav större delen till arbeten som undersköterskor och vårdbiträden. Av de nyanställda har 60 procent en gymnasial omvårdnadsutbildning. Kommunerna arbetar löpande med introduktionsutbildning av nyanställda och fortbildning av erfarna medarbetare. Alltför många anställda saknar dock såväl grundutbildning som erfarenhet. Många andra anställda har lång praktisk erfarenhet och viss formell utbildning. Av dem som nyanställs saknar fler än de redan anställda

grundläggande yrkesutbildning för arbete i äldreomsorg. De många erfarna och skickliga medarbetarna som vill utvecklas vidare i sitt yrke behöver ges bättre möjligheter till fortsatt lärande och karriärutveckling.

Det kommer vara en mycket påtaglig brist på äldreomsorgspersonal under kommande decennier. För rikets del beräknas bristen år 2030 till ca 65 000 årsarbetare. Bristen är extra tydlig i de län där befolkningen i arbetsför ålder minskar under tidsperioden.

Att locka fler till arbete och utveckling inom äldreomsorgen och säkerställa kontinuitet och kompetens är en mycket central framtidsfråga. Regeringens lärlingsprogram kommer att underlätta öka tillgången till kvalificerad personal inom äldreomsorgen. Arbetsgruppen gör dock bedömningen att ytterligare satsningar bör göras för att säkerställa personalförsörjningen. Mot denna bakgrund bör en utvecklingsatsning göras.

Grunden för satsningen är att grundläggande nationella kompetensmål för yrket i äldreomsorgen fastställs. Ytterligare fördjupning inom fyra specialiserade områden bör möjliggöras. De medarbetare som har kompetens förvärvat genom erfarenhet erbjuds att validera sina kunskaper mot målen. På så sätt får medarbetarna inom vården ett tydligt kvitto på sin kompetens.

Det är också viktigt att skapa utveckling och karriärvägar inom yrket. De anställda som redan har en grundkompetens och vill utvecklas i sitt yrke bör därför få möjlighet att fördjupa sig inom specialiserade områden:

- Demens och psykisk sjukdom
- Omsorg och vård i livets slut
- Funktionsbevarande omsorg
- Måltid, kost och näring

Att få fler entreprenörer inom äldreomsorgen är en konkret jämställdhetsåtgärd. Kompetenssatsningar kan tillsammans med utvecklingen av valfrihetssystem betyda mycket för äldreomsorgens medarbetare. Omsorgspersonalen kan välja mellan flera arbetsgivare, vilket ökar trycket på både kommuner och företag att skapa bra och utvecklande arbetsplatser. Genom att öppna äldreomsorgen för privata alternativ får vi också fler företag som ägs och leds av kvinnor. Fler entreprenörer kommer att bidra till att utveckla äldreomsorgen och möta framtidens krav och utmaningar. Men det kan vara ett stort steg att driva egen verksamhet inom ramen för ett valfrihetssystem. Vi föreslår att ett särskilt starta-eget-bidrag införs för personer som arbetar inom äldreomsorgen.

En annan viktig kvalitetsfråga handlar om ledarskapet inom äldreomsorgen. En bra äldreomsorg förutsätter kunniga ledare som finns nära personalen och kan stödja, handleda och reflektera. Dagens ledare inom äldreomsorgen har i alltför liten utsträckning möjlighet att fungera så. Enhetscheferna har inte alltid de

förutsättningar som krävs för att styra och leda verksamheten. Under nästa mandatperiod behöver ledarskapet inom äldreomsorgen ägnas särskild uppmärksamhet. En satsning bör göras på ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen. Alliansregeringen har lämnat ett uppdrag till Socialstyrelsen om att ta fram en chefutbildning för äldreomsorgen.

STÄRK GERIATRIKEN

Arbetsgruppens förslag: Utvecklingen av geriatriska och gerontologiska kunskaper inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen måste stärkas. En nationell utvecklingsplan med åtgärder bör tas fram.

Vård och omsorgsinsatserna till äldre med sammansatta behov kräver kunskaper om geriatrik (det sjuka åldrandet) och gerontologi (det friska åldrandet). I dag finns bristfälliga kunskaper inom dessa områden inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, liksom när det gäller äldres läkemedelsbehandling. Antalet kliniskt verksamma geriatriker är några hundra. Betydligt fler krävs i dag och i framtiden för att äldre med sammansatta vård behov ska få den hälso- och sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver. För att möta dagens och framtidens krav från äldre måste kunskaperna i geriatrik och gerontologi utvecklas och breddas till alla yrkesgrupper som är engagerade i omhändertagandet av äldre.

Situationen för de sjuka äldre är, som tidigare nämnts, komplex och vården och omsorgen måste möta både biologiska, psykologiska, sociala och andliga aspekter. Därför behövs en bred utbildning till ett antal olika personalkategorier. Dagens grundutbildningar är inte anpassade till de stora behoven av geriatrisk och gerontologiska kunskaper. Som exempel kan nämnas att läkarutbildningarna innehåller bara några få timmar geriatrik, som knappast möter behoven hos stora patientkategorier, och att specialistutbildningen av allmänläkare, som ofta får ett stort ansvar för vården av äldre, kan helt sakna geriatrik.

Det är därför uppenbart att den geriatriska utbildningen inom läkarnas grundutbildningar behöver förstärkas, liksom också sjuksköterskornas och undersköterskornas grundutbildningar. Det gäller även grundutbildningar för andra personalkategorier som arbetsterapeuter, sjukgymnaster och socionomer. Landstingen måste också ta sitt ansvar att upprätthålla och utveckla geriatrisk kompetens och organisation. Men även den kommunala hälso- och sjukvården bör aktivt involveras i utbildningarna.

För att dagens och framtidens rekrytering av läkare med kunskap om den åldrande människan skall säkras behövs särskilda åtgärder. Det behövs en långsiktig planering både på nationell och regional nivå. Under åren 2009-2015 utökar regeringen antalet platser till lärosätena för läkarutbildningen och 2015 kommer antalet platser ha ökat med cirka 27 procent. Tydliga mål behöver utarbetas för t.ex. geriatriska specialister och vårdresurser och dessa skall följas upp för att den åldrande människan idag och i framtiden skall få den vård och omsorg som hon behöver.

INFÖR EN NATIONELL DEMENSHANDLINGSPLAN

Arbetsgruppens förslag: Genomför en nationell demenshandlingsplan. Syftet är en bättre demensvård och effektivare förebyggande insatser.

Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Varje år nyinsjuknar cirka 24 000 personer i en demenssjukdom och ungefär lika många med demenssjukdom dör. Totalt sett finns ungefär 148 000 personer med demenssjukdom i Sverige. År 2007 beräknades samhällskostnaderna för vård och omsorg till personer med demenssjukdom uppgå till cirka 50 miljarder kronor, varav 85 procent betalades av kommunerna, fem procent av landstingen och tio procent av närstående.

Framtidsprognoserna visar att demenssjukdomarna utgör en mycket stor utmaning. Stora forskningsinsatser görs – inte minst i Sverige – för att utveckla vacciner och bromsmediciner mot demenssjukdomar. Men behovet av förberedelser av vården och omsorgen kvarstår. Sveriges befolkning blir allt äldre och risken att insjukna i demens ökar med stigande ålder. Framförallt kommer antalet personer med demenssjukdom att öka kraftigt efter 2020 då det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder.

Grundat bl.a. på SBU:s mycket genomarbetade internationella översyn av evidens i demensvården 2008 och Socialstyrelsens nya riktlinjer för demensvård föreslås en kraftsamling för att stärka kvalitet och effektivitet i demenssjukvård och omsorg – en demenshandlingsplan. Vi föreslår att planen ska genomföras mellan åren 2011 och 2015 och innehålla strategiska mål på området.

Viktiga delar i en demenshandlingsplan är förebyggande arbete för att skjuta upp insjuknande och minska lidande, samt möjligheter till tidig diagnos och behandling. Planen bör också omfatta etiska förhållningssätt, kompetensutveckling för personal, och stöd till anhöriga. Andra frågor som planen bör ta upp är läkemedelsbehandling, kommunala insatser för demenssjuka, tekniska hjälpmedel samt demensforskning.

Slutord

Förslagen ovan svarar arbetsgruppen för. De ska nu prövas inom ramen för det fortsatta arbetet med Alliansens valmanifest. En prövning av om, när, i vilken omfattning och takt förslagen kan genomföras kommer bland annat att göras utifrån det uttalade kravet på ansvarstagande för de offentliga finanserna.