

## Motion till riksdagen 2005/06:So39

av **Chatrine Pålsson m.fl. (kd)**  
med anledning av prop. 2005/06:115

# Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

## 1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3	Utvecklingsplanens inriktning och innehåll .....	5
4	Äldreomsorgen under elva år av (s)-styre .....	5
5	Kristdemokraternas kritik mot utvecklingsplanen.....	7
5.1	Utvecklingsområde 1: Bättre vård och omsorg om de mest sjuka.....	7
5.1.1	Regeringens utfästelser om resurstillskott .....	7
5.1.2	Hemsjukvården.....	8
5.1.3	Samverkan mellan landsting och kommuner.....	8
5.1.4	Stärkt läkarmedverkan och mångprofessionella vårdteam .....	8
5.1.5	Stärk geriatriken .....	9
5.1.6	Demensvården.....	10
5.1.7	Psykisk ohälsa hos äldre.....	11
5.1.8	Äldre och läkemedel.....	11
5.2	Utvecklingsområde 2: Trygghet i boendet .....	13
5.2.1	Inför parbogarantin.....	13
5.2.2	Inför en boendegaranti.....	13
5.2.3	Inrätta gemenskapboenden .....	13
5.3	Utvecklingsområde 3: Den sociala omsorgen .....	15
5.3.1	Inför en värdighetsgaranti .....	15
5.3.2	Frivilliga insatser.....	16
5.4	Utvecklingsområde 4: Nationell likvärdighet och lokal utveckling.....	17
5.4.1	Skapa en rättssäker behovsbedömning .....	17
5.4.2	Införandet av ett sanktionsavgiftssystem.....	18
5.4.3	Effektiv tillsyn.....	18
5.4.4	Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.....	19
5.5	Utvecklingsområde 5: Förebyggande arbete .....	19
5.5.1	Förebyggande åtgärder .....	19
5.5.2	Anhörigvård .....	20
5.5.3	Servicejänster åt äldre .....	20

**Fel! Okänt namn på**

5.6 Utvecklingsområde 6: Personalen .....	21
5.6.1 Mångfald för att understödja förnyelse .....	22
5.6.2 Inför personalkontroll i äldreomsorgen .....	22
6 Tandvården för äldre .....	23
7 Valfrihet inom äldreomsorgen .....	23
7.1 Genomförandet av Fritt Val inom äldreomsorgen .....	25

## 2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om hemsjukvården.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att det medicinska ansvaret skall ligga kvar hos slutenvårdens läkare till dess att vederbörande förvissat sig om att mottagandet fungerar.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om geriatrisk utbildning och träning på läkar- och sjuksköterskeprogrammen.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om långsiktig planering för behovet av geriatrisk kompetens.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om vikten av specialiserad demensvård och kvalificerade demensutredningar.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om beaktande av den psykosociala aspekten i äldreomsorgen.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att landstingen behöver ges förutsättningar för att utvärdera läkemedelsbehandling på samma grunder som övriga behandlingsalternativ.
8. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag om en s.k. parboendegaranti.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en boendegaranti för personer över 85 år.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om s.k. gemenskapsboenden.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en värdighetsgaranti.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om åtgärder för att främja frivilliginsatserna inom äldreomsorgen.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om bristen på statistik och utvärderingar av den sociala ekonomin.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om specialiserad utbildning för biståndsbedömare.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en rättssäker och avstämd biståndsbedömning.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en prioriteringsutredning.
17. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag om sanktionsavgifter, i enlighet med vad som anförs i motionen.
18. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag kring en effektiv tillsyn, i enlighet med vad som anförs i motionen.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om enhetliga och vedertagna system för att mäta kvalitet och kostnader inom äldreomsorgen.
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en norm för förebyggande hembesök.

**Fel! Okänt namn på**

21. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av subventionerade hushållstjänster.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om lagregleringar i avsikt att ytterligare stödja anhörigvårdare.
23. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till en ny form av personalkontroll för personer som söker tjänst inom äldreomsorg och hemtjänst i enlighet med motionens intentioner.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att handläggningstiderna som uppstått i samband med införandet av högkostnadsskyddet för protetik måste åtgärdas.
25. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om s.k. fritt val inom äldreomsorgen.

### 3 Utvecklingsplanens inriktning och innehåll

Socialdemokraterna har deklarerat att äldrepolitiken ska spela en framträdande roll i deras valrörelse. Mot bakgrund av bristerna inom äldreomsorgen och sjukvården för äldre välkomnar Kristdemokraterna regeringens nya fokus. Föreliggande proposition utgör det sakpolitiska underlaget för detta fokus. Propositionen innehåller förvisso en del goda förslag, som Kristdemokraterna stödjer, men den saknar också i viktiga avseenden nödvändiga åtgärder.

Propositionen eller utvecklingsplanen, som regeringen valt att kalla den, innehåller gott om utförliga redogörelser för äldreomsorgens brister. De utvecklingsområden som regeringen pekar ut täcker in stora delar av äldreomsorgens problemkomplex. Utvecklingsplanen är dock inte, enligt Kristdemokraternas uppfattning, tillräckligt konkret på avgörande punkter. Regeringen hänvisar envist till kommande utredningar, delegationer, regeringsuppdrag och 2006 års vårproposition. Men när det gäller äldreomsorgen har det redan presterats ett överflöd av utredningar, politiska målsättningar och honnörsord.

Dessutom finns redan en handlingsplan för äldrepolitiken, vilken antogs av riksdagen 1998. I så motto är utvecklingsplanen ett önskat *da capo*. Samma löften, samma retorik och samma plan har i stor utsträckning redan varit på plats sedan 1998. Men vid en närmare granskning visar det sig att de gamla målsättningarna inte uppfyllts. En ny mandatperiod och ett nytt ansvarigt statsråd ursäktar inte misslyckandet. När den socialdemokratiska regeringen utlovar satsningar och förbättringar inom äldreomsorgen glömmar man sitt kollektiva ansvar för de senaste elva årens utveckling.

Att försöka förbättra vården och omsorgen om äldre är nödvändigt, men den socialdemokratiska regeringens ensidiga vård- och omsorgsperspektiv missar också de många äldre med lång erfarenhet av deltagande i samhällslivet som obevekligt ställs vid sidan av när den formella pensionsåldern inträtt. Åldersdiskriminering är förmodligen den vanligaste formen av diskriminering i vårt land. Det krävs både en förändrad attityd till äldre och lagstiftning för att råda bot på detta. För att vi ska klara de utmaningar vårt land ställs inför behöver vi ta till vara den kraft och den livserfarenhet som finns hos äldre människor. Kristdemokraternas samlade politik för att komma till rätta med detta samhällsproblem finns i partiets seniorpolitiska handlingsprogram.

### 4 Äldreomsorgen under elva år av (s)-styre

Det står utom allt tvivel att det behövs ett omfattande program för att rätta till bristerna inom äldreomsorgen. Det är inte bara äldreomsorgens nuvarande brister och problem som motiverar detta, utan också demografin med en allt större andel äldre i befolkningen. En sammanfattning av elva socialdemokratiska regeringsår ser ut som följer:

För det första; det har blivit allt svårare att få äldreomsorg. Kommunerna begränsar sina insatser framför allt till personer med mycket stora behov av

## Fel! Okänt namn på

vård och omsorg. Sannolikheten att få hemtjänst har minskat med 30 procent under 15 år, även efter att man tar hänsyn till förändrade behov i befolkningen. Ensamboende kvinnor som är 80 år eller äldre tycks vara mest drabbade.<sup>1</sup>

Biståndsbedömningen kommer allt längre från dess egentliga syfte, nämligen att vara en behovsbedömning. Behovsbedömningen ska ta sin utgångspunkt i den rättsliga regleringen, men också i allmän samhällsmoral och etik samt organisatoriska förhållanden. Allt som oftast går dessa inte att förena. Socialstyrelsen skrev redan 1998 i rapporten – *Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi?* – att ”biståndsbedömningarnas primära syfte tycks vara att mota ut servicemottagare, något som uppenbarligen varit framgångsrikt”.

För det andra; omsorgen om de äldre har i allt större utsträckning vältrats över på de anhöriga. Att vårda och ta hand om en anhörig är för de flesta en självklarhet. Men det är inte rimligt att lägga ett allt större omsorgsansvar på de anhöriga utan att ge dem tillräckligt med stöd, hjälp och resurser. Anhöriga svarar ensamma för drygt 60 procent av hjälpinsatser som äldre behöver och får.

För det tredje; det sker en mycket omfattande neddragning av antalet platser i särskilt boende. Nyproduktionen av äldreboenden är också mycket låg, vilket leder till att det totala antalet platser minskar kraftigt. Under 1994–2004 har antalet platser i särskilt boende minskat med nästan 15 000. Neddragningen beror på den svaga utvecklingen av skattekraften och den urholkning av statsbidragen som skett under lång tid – men också på de prioriteringar som lokalt har genomförts.

Strategin bakom minskningen av platserna kallas kvarboendepincipen. Tanken är att fler äldre ska bo kvar hemma, eftersom det är billigare samtidigt som de flesta förmodas vilja bo hemma så länge som möjligt. Färre platser på äldreboende ska kompenseras med en mer utbyggd hemtjänst. Problemet är bara att långt ifrån alla kommuner verkligen kompenserat med att ge mer hemtjänst åt dem som bor kvar hemma. Dessutom kanske det inte är alldeles säkert att den gamla, sjuka och ensamma människan vill bo hemma.

Under 1980-talet fick de äldre kämpa för sin rätt att få bo kvar hemma. Tjugo år senare är problemet snarare det motsatta; nu tvingas många äldre bo kvar hemma mot sin vilja. Drivkraften bakom denna utveckling är kommunernas svårigheter att finansiera äldreomsorgen.

För det fjärde; det finns allvarliga brister i det medicinska omhändertagandet, det gäller läkarmedverkan, läkemedelshantering, demensvård och rehabilitering. Många äldre hamnar i en ”vårdkarusell” med ständiga ambulanstransporter till akutmottagningen, vidare till korttidsboenden och hem igen. Inom det särskilda boendet saknas ofta läkarmedverkan, i synnerhet läkare med geriatrisk kompetens.

Ett av de allvarligaste problemen inom äldreomsorgen är bristen på samordning och helhetssyn. Det brister i samarbetet och utbytet mellan kommunernas äldreomsorg, landstingens primärvård och den geriatriska slutenvår-

<sup>1</sup> Hemtjänsten och de äldres behov – en jämförelse över tid, Socialstyrelsen 2005.

den. Lagstiftningen ändrades under 2003, men gränsdragningarna, och den ofta oklara ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, är fortfarande en orsak till otrygghet.

Slutligen ett stort med ignorerat problem; ensamhet och isolering plågar många äldre. Aldrig så goda materiella förhållanden kan inte uppväga ensamhet, sysslolöshet och tristess. Inom äldreomsorgen behövs mer av mänsklig samvaro och gemenskap.

## 5 Kristdemokraternas kritik mot utvecklingsplanen

Nedan följer en genomgång av Kristdemokraternas kritik mot utvecklingsplanen och våra alternativa förslag. Genomgången följer den disposition i så kallade utvecklingsområden som används i propositionen. Därefter följer två fristående avsnitt dels om tandvården för äldre, dels om valfrihetsreformer inom äldreomsorgen.

### 5.1 Utvecklingsområde 1: Bättre vård och omsorg om de mest sjuka

Den sjuka, äldre patienten har oftast en mycket komplicerad och mångfacetterad sjukdomsbild. Vården av äldre och sjuka personer kräver därför kompetens, kontinuitet, tid och intresse att vårda en gammal och sjuk medmänniska. Men äldrevården har i dessa avseenden klara brister: både i det egna hemmet och i det särskilda boendet saknas ofta läkarkompetens, tillgänglig dygnet runt.

Det råder dålig kommunikation mellan olika vårdgivare och bristande journalföring, vilket utgör en risk när det gäller till exempel läkemedel till äldre. Eftersom äldre ofta har flera diagnoser och använder flera olika läkemedel samtidigt krävs en noggrann kontroll och uppföljning av insatta åtgärder. Dessa brister leder till onödigt lidande, onödiga återtagningar på sjukhus och onödiga kostnader.

Dessa "äldrevårdens systemfel" har stat, landsting och kommuner utan framgång försökt att lösa under decennier. Den socialdemokratiska regeringen har gjort flera fruktlösa försök. Mycket talar för att läget för de äldre, multisjuka har blivit sämre under de senaste tio åren.

#### 5.1.1 Regeringens utfästelser om resurstillskott

För att finansiera handlingsplanen utlovades under den senaste socialdemokratiska partikongressen 10 miljarder kronor till äldreomsorgen de närmaste tio åren. Senare klargjorde regeringen att det var frågan om en nivåhöjning av resurstillskotten till äldreomsorgen. Men i propositionen tillkommer en slags

**Fel! Okänt namn på**

brasklapp, eftersom regeringen tydligt anger att ansvaret för de tio miljarderna vilar gemensamt på kommunerna, landstingen och staten.

Kristdemokraterna anser att äldreomsorgen är ett välfärdsområde som behöver mer resurser. Men vi tvingas konstatera att Socialdemokraternas löfte om långsiktiga resurstillskott inte kan tas på allvar.

### **5.1.2 Hemsjukvården**

I propositionen föreslås ett slopande av kravet att regeringen måste godkänna att ett landsting överlåter ansvaret för hemsjukvården till en kommun. Detta förslag kan Kristdemokraterna acceptera, men vi är desto mer tveksamma till det förslag som aviseras angående en total överföring av ansvaret för hemsjukvården till kommunerna.

Kristdemokraterna anser inte en nationell styrning av detta slag är nödvändig eller ens önskvärd, det är mer effektivt om lokala lösningar utarbetas och växer fram underifrån, utan pådyvlade nationella krav.

Kristdemokraterna anser att Ansvarskommitténs slutsatser bör inväntas. Kommitténs uppgift är bland annat att analysera och bedöma hur strukturen och uppgiftsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner påverkar förutsättningarna att styra hälso- och sjukvården. Kommittén skall också om den finner det motiverat föreslå förändringar av nuvarande struktur och uppgiftsfördelning för att förbättra styrningen och därigenom skapa bästa möjliga förutsättningar för att utveckla vårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet. Kommitténs betänkande bör ge ett mer komplett underlag för beslut.

### **5.1.3 Samverkan mellan landsting och kommuner**

Enligt kristdemokratisk uppfattning bör politiska åtgärder för att förbättra samverkan inriktas på att öka huvudmännens handlingsutrymme. Någon statlig detaljstyrning gagnar inte kommunernas och landstingens vård och omsorg av äldre och funktionshindrade. Helhetslösningar måste eftersträvas där landsting och kommuner gemensamt tar ansvar för verksamheten. Verksamheten måste fungera mellan öppen- och slutenvård, mellan primärvård och kommunal omsorg.

Det förekommer att patienter skrivs ut utan att ansvarig läkare är förvissad om att den öppna hälso- och sjukvården har övertagit sin del av ansvaret. Som en ytterligare garanti för att omhändertagandet blir korrekt och patientens behov blir tillgodosedda bör detta krav föras in i betalningsansvarslagen.

### **5.1.4 Stärkt läkarmedverkan och mångprofessionella vårdteam**

Kristdemokraterna har länge krävt att varje äldreboende och sjukhem ska ha kontinuerlig läkarmedverkan i vården, helst en specialist på äldresjukdomar (geriatriker). I propositionen föreslår regeringen att landstingen ska sluta avtal med kommunerna om att tillhandahålla läkare, och om detta avtal inte uppfylls har kommunerna rätt att anlita annan läkare på landstingets bekostnad. Kristdemokraterna stödjer förslaget, men vill också understryka att det behövs



åtgärder för att komma till rätta med bristen på läkare. Detta bör ges regeringen till känna.

Äldreomsorgens organisation bör, enligt Kristdemokraterna, präglas av mångprofessionella arbetslag där olika vårddyrken samverkar kring den enskilde. Olika former av äldrevårdscentraler och äldreteam kan etableras i samverkan mellan kommunen och landstinget. Ett rehabiliterande och förebyggande synsätt ska finnas inom hela äldreomsorgen. Landstingen bör bland annat inrätta särskilda vårdteam för hembesök och vård i hemmet.

### 5.1.5 Stärk geriatriken

När Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) utvärderade äldrevårdens metoder konstaterades "det vetenskapliga kunskapsläget är /.../ som svagast just för de åldersgrupper (över 75 år) som särskilt ofta får olika behandlingar (t ex läkemedelsbehandling) inom vården". Här har regeringens utvecklingsplan inga svar att komma med. Detta är inte acceptabelt. Kunskapen om sammansatt sjuklighet med sociala och medicinska behov måste utvecklas om vi ska klara en äldrevård med kvalitet. Insatserna måste samordnas utifrån människans alla behov och förutsättningar. Detta kräver ett förändrat arbetssätt på alla nivåer. Vården för de allra äldsta måste fokusera på ett samlat omhändertagande som möter såväl medicinska, sociala som andliga behov.

Relativt ofta möter man påståenden om att läkare och sjuksköterskor som arbetar på medicinkliniker och i öppenvården möter så många äldre i sitt dagliga arbete, att detta ger kompetens och möjliggör ett slags helhetsbedömning. Om sådana resonemang ska tas på allvar kan de lika gärna appliceras på varje annat specialtområde och inte enbart på åldrandets sjukdomar, geriatriken.

Sanningen är ju den att det många gånger är minst lika komplicerat att skilja på det friska åldrandet och det sjuka åldrandet som det är att diagnostisera inom andra specialiteter. En hjärtinfarkt hos en 35-åring ter sig på ett helt annat sätt än hos en 85-åring. Att diagnostisera en depression hos en senildepment person ställer höga krav på geriatrisk kompetens.

Det är minst sagt anmärkningsvärt att den socialdemokratiska regeringen var på väg att avskaffa geriatriken som läkarspecialitet. I slutet av 2005 beslutade dock regeringen att geriatriken ska få vara kvar. Men beslutet löser i sig inte några problem för äldre, multisjuka patienter. Geriatriken måste få ett lyft. Fler måste erbjudas vidareutbildning inom geriatrik, klinisk forskning inom geriatrik måste underlättas. I vissa landsting finns ingen geriatrik alls!

Mellan 1992 och 2003 minskade antalet vårdplatser inom geriatrisk vård med nästan 70 procent. Samtidigt har gruppen 80 år och äldre ökat med nästan 22 procent. Och under samma tid har vårdplatserna inom hela akutsjukvården nästan halverats. De äldre har inte blivit friskare och hemsjukvården har inte byggts ut i tillräcklig omfattning för att kompensera bortfallet av vårdplatser. Det säger sig självt att denna utveckling går åt alldeles fel håll.

Dagens grundutbildningar är inte anpassade till behoven av geriatriska och gerontologiska kunskaper inom vården. Detta trots att de flesta yrkeskatego-

#### **Fel! Okänt namn på**

rier inom vården till mycket stor del kommer att möta just äldre, multisjuka patienter. Ett antal månaders specificerad utbildning och träning i geriatrik borde ingå generellt i läkarutbildningen. Detsamma gäller för sjuksköterskeutbildningen.

Det är uppenbart att behovet av fler läkare med specialistkompetens i åldrandets sjukdomar växer. Men bristen på vårdplatser inom geriatrisk vård försvårar naturligtvis starkt möjligheterna att utbilda läkare och annan vårdpersonal i geriatrik inom slutenvården. Det är nödvändigt med ett kompetenslyft för läkare och vårdpersonal i geriatrik. För att säkra tillgången på geriatrisk läkarkompetens krävs en mycket långsiktig planering. Det behövs en nationell uppföljning av geriatrikens utveckling som kan läggas till grund för den långsiktiga planeringen för behovet av geriatrisk kompetens under de närmaste 25 åren.

#### **5.1.6 Demensvården**

Vården och omsorgen av demenssjuka är en tickande bomb, en ödesfråga. Antalet personer som lider av någon form av demens uppskattas till ca 140 000. Samtidigt nyinsjuknar 24 000 personer varje år. År 2030 kommer 210 000 personer att lida av demenssjukdomar. Så ser prognoserna ut om inget dramatiskt framsteg sker i behandlingen av demenssjukdomar. Till detta antal kan hundratusentals anhöriga och närstående läggas som också indirekt berörs av demenssjukdomarna.

Enligt en beräkning gjord av Socialstyrelsen 2001 kostar vården av demenssjuka personer nära 40 miljarder kronor varje år. Redan idag får långt ifrån alla demenssjuka patienter den vård de har rätt till på grund av bristande resurser och avsaknaden av kompetens. Det kan gälla bemötande, diagnos och medicinering. Av de äldre inom kommunernas särskilda boende kan så många som 70 procent vara demenssjuka. Och dessa saknar i alltför hög grad tillgång till medicinsk kompetens.

Den socialdemokratiska regeringens utredande av demensfrågor börjar anta löjeväckande proportioner. Alla utredningar, rapporter, samtal och analyser fyller givetvis en viktig funktion. Men de goda förslag som redan finns måste också genomföras.

Demenssjuka borde som alla andra patienter ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som står till buds för undersökning, vård och behandling. Men så sker långt ifrån alltid. Därtill är bristande samordning av demensvården tydlig, liksom avsaknaden av fungerande och ansvarsfull vårdplanering och lyhördhet för patientens vård- och omsorgsbehov. Många äldre med demenssymptom får över huvud taget ingen utredning. Några fakta:

- Knappt två av tio behandlas för sin demens.
- Endast fyra procent av personalen i äldreomsorgen är legitimerade sjuksköterskor.
- När det gäller övrig vårdpersonal saknar 40 procent av alla anställda utbildning.

## Fel! Okänt namn på

- En kartläggning visar att 80 kommuner saknar medel och anställningsformer för anhängigvårdare och 60 kommuner saknar avlösning i hemmet.

Socialtjänstlagen kräver att den enskilde ska få bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Men tillgången till särskilda vårdboenden för demenssjuka personer är bristfällig i många kommuner. Ofta blandas demenssjuka med andra boende och vårdtagare på ett sätt som är negativt för alla. Demenssjuka vårdas i hög utsträckning i hemmet av närstående. Anhängigvårdare får oftast ingen utbildning. Äldre och deras anhöriga kan inte känna sig tryggt förvissade om att deras vård- och omsorgsbehov kommer att tillgodoses. Tillgång till demensutredning kräver nära samverkan mellan landsting och kommun.

Förutsättningarna för riksdagens beslut om vård av kroniska sjukdomstillstånd och hälso- och sjukvårdslagens absoluta krav på rätt till diagnos har inte fått det genomslag generellt i landet som förväntats. Om bara gällande lagstiftning och regelverk följdes skulle de demenssjukas situation vara betydligt bättre.

Alla med misstänkt demenssjukdom skall ha rätt till utredning, diagnos och behandling. Men det saknas resurser, kompetens och i övrigt kapacitet inom vården och omsorgen för att ta hand om den stora patientgruppen av demenssjuka. Enligt prioriteringsutredningen ska personer med nedsatt autonomi prioriteras först i vården. Men när det gäller personer med demens görs inte detta. Och olika symtom hos demenssjuka kan bero på sjukdomar som är behandlingsbara, vilket ytterligare förstärker kraven på att utredning och diagnos måste göras för alla med misstänkt demenssjukdom. Kristdemokraterna har i sitt budgetalternativ avsatt 100 miljoner kronor för de närmaste tre åren till demensvården. Resurstillskotten ska användas som utvecklingsmedel, i syfte att förbättra möjligheterna för de demenssjuka att få tillgång till utredning, diagnos och behandling.

### 5.1.7 Psykisk ohälsa hos äldre

Idag fokuseras sjukvårdens insatser för de äldre på den medicinska vården medan de psykosociala aspekterna ofta glöms bort. Gruppen äldre med psykiska besvär är, som regeringen uppmärksammar, dåligt kartlagd. De avvisas ofta i primärvård och psykiatri och inom den kommunala äldreomsorgen finns sällan kompetens att hantera dessa problem. Yngre människor har ofta ett åtgärds paket att tillgå medan de äldre i bästa fall erbjuds mediciner. Psykologer måste finnas för äldres behov inom primärvården, inom psykiatri och i den kommunala verksamheten. En lösning kan vara att inrätta en seniormottagning eller äldrecentral där äldre kan få rådgivning, samtalsstöd och psykoterapi.

### 5.1.8 Äldre och läkemedel

För patienter inom särskilda boenden och hemsjukvården är läkemedelskonsumtionen ofta särskilt omfattande. Det är då inte ovanligt att olika läkemedel påverkar varandra genom så kallad interaktion, vilket kan leda till antingen

#### Fel! Okänt namn på

utebliven effekt eller biverkningar. En utredning om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården ser bl.a. över möjligheterna till bättre uppföljning av patienters läkemedelskonsumtion. Kristdemokraterna anser att det måste till system och metoder som möjliggör en bättre uppföljning och kontroll av förskrivningen av läkemedel till både män och kvinnor. Trots att dessa problem är kända och konstaterat stora har mycket litet gjorts för att avhjälpa problemen.

Regeringen vill stödja landstingen i arbetet med läkemedelsgenomgångar, dvs. att en patients totala läkemedelsanvändning analyseras, diskuteras och åtgärdas inom ramen för ett tvärprofessionellt samarbete. Dessa har i Sverige genomförts i olika avgränsade projekt sedan mitten av 1990-talet. Projekt har utvärderats och resultaten visar entydigt på att läkemedelsgenomgångar ger positiva effekter. Kristdemokraterna anser i likhet med regeringen att det i många fall finns ett behov av farmaceutisk uppföljning av förskrivning och ordination av läkemedel för vissa brukargrupper.

Utvecklingen av läkemedel går snabbt och förskrivarnas uppgift blir alltmer komplicerad. Det krävs omfattande kunskap och erfarenhet för att skriva ut läkemedel, särskilt när patienterna behandlas med flera olika mediciner. Kristdemokraterna anser mot denna bakgrund att den nyligen införda läkemedelsförteckning som innehåller uppgifter om förskrivna läkemedel är ett steg i rätt riktning. Men läkemedelsförteckningen är ofullständig eftersom uppgifter om förskrivningsorsak, diagnoser, allergier, mål för behandlingen m.m. – dvs. uppgifter som är helt avgörande för att läkaren ska kunna värdera nyttan av pågående behandling – av integritetsskäl inte ska föras från sjukvården till ett register. Dessutom ges inte landstingen möjligheter till en förbättrad medicinsk eller ekonomisk uppföljning av läkemedelsförbrukningen. Läkemedelsförteckningen riskerar också att försena sjukvårdshuvudmännens utveckling av datoriserade patientjournaler och elektroniska förskrivarstöd.

Landstingen behöver ges förutsättningar för att utvärdera läkemedelsbehandling på samma grunder som övriga behandlingsalternativ. Genom att läkemedelsförteckningen hanteras av Apoteket AB får inte landstingen möjlighet att utvärdera förskrivningen, vilket Kristdemokraterna beklagar. Olika vårdenheter måste kunna följa upp sitt handlande och därvid jämföra sig med rekommendationer, vårdprogram, konsensusdokument vad gäller vetenskap och beprövad erfarenhet m.m. Detta skulle också få stor betydelse för möjligheten till en säkrare läkemedelshantering och medicinförbrukning bl.a. i äldrevården. Även om den nuvarande läkemedelsförteckningen inte ger tillräckligt underlag för kompletta utvärderingar, bör förteckningen handhas av landstingen.

Kristdemokraterna vill på sikt se ett system med enhetliga patientjournaler, som inkluderar läkemedelsförskrivning. Systemet bör bygga på elektronisk journalföring knuten till patienten och inte till den vårdenhet som patienten besöker. Ett sådant system skulle kunna innebära en möjlighet att samla all information om den enskilde på ett ställe. Målet ska vara en patient – en journal. Genom patientens medgivande kan informationen komma förskrivare och farmaceuter till del. Framtagandet av denna lösning bör ingå i en strategi för

att åstadkomma ett sammanhållet IT-system för hälso- och sjukvården i Sverige.

## 5.2 Utvecklingsområde 2: Trygghet i boendet

När regeringen utlovar ”Trygghet i boendet” kan det vara värt att notera ett löfte från valrörelsen 2002. I rapporten ”Trygghet på ålderns höst” utlovade Socialdemokraterna 10 000 nya platser i särskilt boende. Av detta löfte har det blivit ca 13 500 platser färre i särskilda boendeformer. Utbyggnaden av hemtjänsten kompenserar heller inte för neddragningarna av boendeplatser. Statistik visar även att många kommuner inte verkställer biståndsbeslut om särskilt boende alternativt avslår ansökningar trots att de ansökande personerna i själva verket bedöms vara i behov av särskilt boende.

### 5.2.1 Inför parbogarantin

Den så kallade parbogaranti som regeringen säger sig vilja införa men återigen ska utreda, är i grunden ett riktigt krav. Men att en större utredning ska behövas får anses som onödigt. Dagens situation som tillåter att äldre, omsorgsbehövande par inte får fortsätta att bo tillsammans är helt orimlig och måste förändras.

### 5.2.2 Inför en boendegaranti

Att inte veta om man får ett anpassat boende när man behöver det skapar otrygghet. Införandet av en ny princip för äldreboendet är därför nödvändig: Den som uppnått en viss ålder ska vara garanterad plats på anpassat boende (antingen särskilt boende eller ”gemenskapsboende”). En lämplig ålder är då man räknas som ”äldreäldre”, dvs. 85 år.

Garantin får inte utnyttjas så att vårdbehövande äldre som inte uppnått hög ålder, t.ex. demenssjuka inte får sin plats på äldreboendet. Boendegarantin skulle öka tryggheten och få till följd att trycket på äldreboenden minskar. De allra flesta äldre vill bo kvar hemma så länge de kan – det viktiga är vetskapen om att när man behöver hjälpen så får man den.

Boendegarantin är ett kommunalt ansvar, men stöd av statliga åtgärder kan komma att krävas. Behovet av platser i särskilda boenden ser olika ut i olika kommuner. Det innebär att vissa kommuner kommer att kunna klara boendegarantin med en gång. För andra kommuner kan det ta längre tid. Men målsättningen måste vara att samtliga av landets kommuner närmar sig eller uppfyller de krav boendegarantin ställer under nästa mandatperiod.

### 5.2.3 Inrätta gemenskapsboenden

Äldre personer önskar sig i allmänhet tillgängliga och trygga bostäder med närhet till kommunikationer och service. Med åldern blir trygghet allt mer konkret – från att handla om tryggheten att slippa inbrott och att kunna röra

## Fel! Okänt namn på

sig utan oro i sitt närområde – till att det finns människor nära som kan hjälpa till om något händer.

Kristdemokraterna vill att boendet för äldre ska kunna erbjuda tillgång till service, närhet till medicinsk vård och omsorg. Men lika viktigt är att garantera samvaro, gemenskap och möjlighet att byta några ord med en medmänniska. Äldreboendena i dag är i regel avsedda för svårt sjuka, ofta dementa personer. Men det boende som många i 85-årsåldern och uppåt efterfrågar finns inte. Rätten av bo kvar hemma har för många blivit en skyldighet.

Alla äldre vill inte bo hemma. Man kan vara för frisk för sjukvården och för sjuk för det egna boendet. Man kan vara ensam, utelämnad och orolig. Det kan vara så att mänsklig kontakt och samvaro uteslutande ges av personer som för den gamla blir ännu ett ansikte i raden av snabbt passerande vänliga men okända besökare från hemtjänsten. Inom äldreomsorgen behövs mer av mänsklig samvaro och gemenskap. Det äldreboende som en gång kallades ålderdomshem var inte alltid av lämplig materiell standard men för många var det en mer människovärdig miljö.

Ålderdomshemmet var långt fram på 1950-talet den enda formen för offentlig äldreomsorg. 1951 fastställdes landstingens ansvar för långtidssjukvården som varade i drygt 40 år – fram till Ädelreformen 1992. Särskilda boendeformer för äldre är det samlingsbegrepp som fastställdes i socialtjänstlagen år 1992 i samband med Ädelreformen. Det nya begreppet skulle innefatta ålderdomshem och andra servicehus, gruppboende och de från landstingen överförda sjukhemmen. Det särskilda boendet för äldre bestod i början på 1960-talet av ålderdomshem, landstingens verksamheter för långtidssjukvård och pensionärshem. Många äldre med demenssjukdomar vårdades på de stora mentalsjukhusen.

Många av oss har nog kvar en idealbild av de gamla och små ålderdomshemmen. Ett ställe dit man kunde flytta när krämporna tilltog, för att bryta ensamheten och uppleva gemenskap med andra gamla. Dagens särskilda boende har mycket litet gemensamt med den bilden. I dag är de flesta som beviljas äldreboende svårt sjuka personer med mycket omfattande behov av vård och omsorg.

Kristdemokraterna vill inte ha tillbaka de gamla ålderdomshemmen, men väl en del inslag som fanns där och som saknas inom dagens äldreboenden och seniorboenden. Vi behöver få tillbaka boendeformer som ökar tryggheten, men som i normalfallet inte kräver biståndsbedömning, och som kan erbjuda mer av mänsklig samvaro och gemenskap. Ett boende som både i vård- och övrig ambitionsnivå utgör ett alternativ mittemellan servicehuset och det särskilda boendet.

En ny boendeform för äldre personer kan minska efterfrågan på de särskilda boendena. Det är nämligen när vi byter från vårt eget boende till det särskilda boendet som de kommunala kostnaderna rusar i höjden. Då försvinner all obetald anhörighjälp samtidigt som många äldre, det visar erfarenheten, snart får ett allt större vårdbehov.

Vad många efterfrågar är ett boende där den enskilde hyresgästen kan känna trygghet, ha tillgång till social gemenskap, aktiviteter och olika former av omsorg och service. Redan i dag finns i flera kommuner möjlighet att välja

någon form av seniorboende, men utbudet är begränsat och tillgången till omsorg och service i anslutning till dessa bostäder är ofta litet.

Det skulle behöva byggas fler "gemenskapsboenden", lägenheter eller rum anpassade för en tilltagande skröplighet hos den boende. Ett praktiskt boende med service, social samvaro och tillgång till personal som ger omsorg och service, i första hand av förebyggande karaktär. Som nyinflyttad behöver man kanske inte vårdpersonalens omvårdnad. Det är först när den äldre drabbas av mer allvarliga ålderskrämpor låt säga 5–10 år senare, som vården och omsorgen utnyttjas. På så sätt kan flytten till det särskilda boendet skjutas upp så länge som möjligt.

### 5.3 Utvecklingsområde 3: Den sociala omsorgen

Kommunerna tvingas alltid till prioriteringar inom begränsade ekonomiska ramar. I dag begränsar kommunerna sina vård- och omsorgsinsatser och ger dessa främst till de allra mest vårdbehövande. Detta har inneburit en kraftig minskning av det totala antalet äldre som får hjälp från den offentliga äldreomsorgen. Sannolikheten att till exempel få hemtjänst har minskat med 30 procent under 15 år, även efter att man tar hänsyn till förändrade behov i befolkningen. Ensamboende kvinnor som är 80 år eller äldre tycks vara mest drabbade.

#### 5.3.1 Inför en värdighetsgaranti

Den socialdemokratiska regeringen vill utarbeta ett nationellt styrdokument för vård och omsorg om äldre. Ännu en utredning måste alltså tillsättas och genomföras.

Kristdemokraterna anser att en så kallad värdighetsgaranti kan införas omedelbart. All omtanke om medmänniskor fordrar inte mer resurser. Kristdemokraternas värdighetsgaranti består av relativt enkla punkter som redovisar för både den vårdbehövande, personalen, de anhöriga och politiska beslutsfattare vad som ska gälla. Oavsett hur verkligheten är beskaffad är en värdighetsgaranti en grund för trygghet. Värdighetsgaranti bör innehålla följande punkter:

- Det ska finnas en läkare knuten till varje äldreboende och till varje hem-sjukvårdspatient.
- En läkare som är kunnig i åldrandets sjukdomar och problem och som regelbundet besöker dessa omsorgstagare.
- Det ska finnas eget rum för alla som så önskar.
- Det ska finnas skilda vårdenheter för demenssjuka och andra boende.
- Det ska vara en självklarhet att senior- och äldreboende finns i eller i närheten av den kommunedel där vederbörande tidigare bott.
- Det ska vara en självklarhet att en omsorgstagare inte ska behöva ligga och vänta innan en blöja byts.
- Det ska finnas tillräckligt med personal för att mata och hjälpa till med att dricka.

#### **Fel! Okänt namn på**

- En god måltidsmiljö och en hög kvalitet på maten ska finnas.
- Det ska finnas så mycket personal att varje omsorgstagare får känna sig ompysslad, observerad och personligt tilltalad.
- Det ska finnas tillräckligt med personal så att alla boende som så orkar hjälps upp ur sina bäddar i rimlig tid och dessutom får komma ut i andra miljöer än det egna rummet, exempelvis kunna vara utomhus ett par gånger i veckan.
- Det ska vara en självklarhet att ta till vara ideella insatser som erbjuds inom äldreomsorgen.
- Alla ska få ett värdigt slut och det ska finnas så god tillgång till personal att ingen behöver dö i ensamhet.
- Det ska finnas ett rehabiliterande synsätt i omvårdnaden för att bevara eller öka den äldres funktioner så långt det är möjligt. Rätt till hjälpmedel ska finnas även i det egna boendet för att möjliggöra det rehabiliterande synsättet.
- Det ska finnas en samordning och uppföljning av läkemedelsförskrivningen till äldre i hemsjukvården och i det särskilda boendet.
- Det ska finnas eget val inom äldreomsorgen som ger äldre människor frihet att välja vem som utför insatsen.
- Det ska finnas möjlighet till kulturella upplevelser i form av musik, konst, färg, form med mera.

#### **5.3.2 Frivilliga insatser**

Insatser från frivilliga och ideellt arbetande organisationer spelar en avgörande roll för viktiga delar inom vård och social omsorg. Ideella organisationer har sedan början av 1990-talet fått ökad betydelse både som samverkanspartners och som direkta uppdragstagare. Ett flertal organisationer bedriver vård, omsorg och socialtjänst. Några exempel är Ersta diakonisällskap, Stiftelsen Stora Sköndal, Bräcke diakoni, Röda korset och Stiftelsen Stockholms sjukhem.

Välfärdens starka beroende av medborgarnas frivilliga organisering kräver att politiken bejakar denna utveckling. En ökad mångfald av utförare ger medborgarna större valmöjligheter, och understödjer förnyelse, effektiviseringar och utveckling av vård och omsorg. Såväl privata, kooperativa som ideellt drivna alternativ bör därför ges goda förutsättningar att utvecklas. Den ideella sektorn verkar i gränzonen mellan privat och offentlig sektor. Det privata, det ideella och det offentliga – alla har en viktig plats i ett väl fungerande samhälle.

Regeringen framhåller i propositionen betydelsen av frivilliginsatserna inom äldreomsorgen. Några konkreta åtgärder för att stödja den ideella sektorn syns dock inte till. Kristdemokraterna har tillsammans med övriga partier i Allians för Sverige bland annat föreslagit att lagen om offentlig upphandling (LOU) ses över så att frivilligorganisationer och värdföretag utan vinstsyfte kan konkurrera på lika villkor.

Särskilda medel bör tillkomma kommunerna samt vård och omsorgsaktörerna för utveckling av volontärarbetet. Det är även viktigt att åtgärda bristen



på statistik och utvärderingar om den sociala ekonomin, så att den vård och omsorg som ges av stiftelser, föreningar, trossamfund och bolag utan vinstutdelning synliggörs.

## 5.4 Utvecklingsområde 4: Nationell likvärdighet och lokal utveckling

Regeringen avser att tillsätta en utredning för att förtydliga äldreomsorgens regelverk. Socialstyrelsen kommer även att få i uppdrag att genomföra utvecklingsarbete på området. Vidare föreslås i propositionen att en sanktionsavgift införs om kommunerna inte tillgodoser gynnande biståndsbeslut samt att en skyldighet för kommunerna att rapportera icke verkställda beslut.

### 5.4.1 Skapa en rättssäker *behovsbedömning*

För att klara äldreomsorgen har kommunerna hanterat demografins utmaningar och arbetslöshetens påfrestningar genom att pröva behoven snävare. I dag begränsar kommunerna sina vård- och omsorgsinsatser och ger dessa främst till de allra mest vårdbehövande. Biståndsbedömningen – som ska handla om att bedöma behov – mer har kommit att handla om att bedöma resurser. Fördelningen av äldreomsorgen har fått ge vika för en mer restriktiv hjälptilldelning, vilken utgår från tillgängliga resurser istället för från befintliga behov.

Biståndsbedömningen måste bli mer rättssäker. Beslut om bistånd är myndighetsutövning, vilket i sin tur innebär att handläggningen är omgärdad av regler. Reglerna är till för att garantera den enskildes rättssäkerhet i beslutsfattandet och utgör stommen i en byråkratisk process. Många kommuner har egna riktlinjer om hur beslut om äldres behov ska fattas. Men dessa riktlinjer är inte alltid politiskt beslutade och dessutom sällan offentliga. Prioriteringar inom äldreomsorgen blir därmed godtyckliga och pressas långt ned i organisationerna. Det ansvar som de politiska beslutsfattarna ska ta lämpas över på den enskilde biståndsbedömaren, och i värsta fall ännu längre ut i organisationen. Vi menar att här krävs flera förändringar för att äldre människor ska få den vård de behöver.

1. Människor söker inte hemtjänst och boende i onödan utan för att de har behov av det. Vi vill se ett tankeskifte som fokuserar mer på att tillgodosätta personers behov och mindre på att ransonera vården.
2. Det krävs en tydlig och mätbar värdighetsgaranti som talar om vad man kan förvänta sig av kommunens äldreomsorg. Den ska följas upp årligen genom enkäter och intervjuer. Markaryds kommun är ett bra exempel där garantin fungerar och kommunens äldreomsorg ”varudeklaras”.
3. Inför en specialiserad utbildning för biståndsbedömaren. De måste ha dubbel kompetens där också den medicinska delen finns med. Utifrån kommunens värdighetsgaranti krävs en analys och politisk diskussion om var ”ribban” ska ligga i biståndsbedömningen. Kommunens insatser ska formas efter de äldres behov. Inte tvärtom.

**Fel! Okänt namn på**

4. Vi behöver en mer rättssäker biståndsbedömning. Ansökningar och beslut måste dokumenteras på ett bättre sätt. Biståndsbedömning är en färskvara och måste upprepas i takt med att vårdbehoven förändras. Här brister det ofta. En enkel, regelbunden och naturlig uppföljning av biståndsbedömningen bör göras för att stämma av behoven.
5. En prioriteringsutredning inom socialtjänstområdet bör genomföras. Vad som behövs är en genomgripande socialpolitisk prioriteringsdebatt där både den centrala och den lokala politiska nivån aktivt deltar och tar sitt politiska ansvar. Socialtjänstlagen bör ses över och om möjligt kompletteras med nationella riktlinjer för behovsbedömningen. Syftet är att åstadkomma en tydligare lagstiftning, så att både behovsbedömaren och de äldre vet vilka regler som gäller. Den behovsbedömning som finns i kommunen ska kunna utvärderas och jämföras med andra kommuners.

#### **5.4.2 Införandet av ett sanktionsavgiftssystem**

Regeringen föreslår att kommuner som inte verkställer gynnande biståndsbeslut ska tvingas erlägga en särskild avgift som ska tillfalla staten. Problemet med kommuner som struntar i att genomföra biståndsbeslut är omfattande och någonting måste göras åt problemet. Men sanktionsavgifter, som tillfaller staten, bör inte vara en del i det batteri av åtgärder som krävs. Kristdemokraterna tillstyrker därför inte grundtanken i förslaget, men vi är väl medvetna om det problem som faktiskt finns och som regeringen försöker göra någonting åt.

För det första är risken stor att kommuner avstår från att fatta gynnande biståndsbeslut, för att på så sätt inte hamna i situationer där verkställandet inte kan genomföras. Biståndsbedömningen enligt SoL är ingen exakt vetenskap, och styrs inte bara av lagstiftning, utan också av praxis, värderingsskiften över tid, ekonomiska ramar och lokala bestämmelser. Förslaget om sanktionsavgifter riskerar därmed att bli ett slag i luften. För det andra borde eventuella sanktionsavgifter tillfalla staten, utan de personer som drabbas av att biståndsbesluten inte verkställs. Och för det tredje borde sanktionsavgiften lika gärna kunna bytas ut mot mer hjälp i det egna hemmet, motsvarande exempelvis en personlig assistent under den tid som inte särskilt boende kan erbjudas.

Kristdemokraterna anser att situationen med icke verkställda biståndsbeslut i många kommuner är ett viktigt skäl till att det behövs ett nationellt system för utvärdering och jämförelser av den kommunala biståndsbedömningen.

#### **5.4.3 Effektiv tillsyn**

Tillsynen inom äldreomsorgen fungerar inte. Kristdemokraterna anser att tillsynen över äldreomsorgen bör skötas av samma myndighet som sköter tillsynen över annan hälso- och sjukvård, d.v.s. Socialstyrelsen. Den nuvarande uppdelningen vad gäller tillsynen av hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg är svårmotiverad. Kvalitén i vården bör bedömas av samma myndighet, oavsett huvudmannaskap.

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas senaste rapport om tillsynen inom socialtjänsten för år 2004 påtalas flera brister. Några exempel är att ansökningar inte behandlas, kommunala riktlinjer styr behovsbedömningen i stället för den enskildes behov, det saknas skriftliga avslagsbeslut, brister i kommunikation mellan handläggare och utförare samt bristande uppföljning av att beviljade insatser utförs. Det är också stora brister när det gäller individuell planering och dokumentation under genomförandet av beviljade insatser.

#### 5.4.4 Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling

Regeringen uppmärksammar bristen på verksamhetsuppföljning inom äldreomsorgen. Det saknas en samlad systematisk dokumentation om omfattningen av kvalitetsbrister. Det finns inga databaser att hämta information ur för beslutsfattare, tjänstemän, forskare och medborgare. Det är märkligt att en verksamhet vars totala kostnader uppgick till 78,3 miljarder kronor år 2003 inte kan utvärderas på ett optimalt sätt. Äldreomsorgen delar detta problem med hälso- och sjukvården, som dock har aningen bättre förutsättningar genom de kvalitetsregister som professionen upprättat.

Regeringen aviserar i propositionen att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utarbeta kvalitetsindikatorer. Propositionen borde gå ett steg längre. Allians för Sverige har tidigare föreslagit att enhetliga och vedertagna system för att mäta kvalitet och kostnader inom verksamheterna på nationell basis ska tas fram och offentliggöras på en Internetportal. Därtill bör det införas en skyldighet för äldreomsorgen att rapportera vissa kvalitetsindikatorer. Det skulle kunna bli ett viktigt instrument för kvalitets- och effektivitetsutveckling.

### 5.5 Utvecklingsområde 5: Förebyggande arbete

Under detta utvecklingsområde tar regeringen upp anhörigvårdens brister, dock utan att föreslå några åtgärder. Vidare nämns betydelsen av förebyggande hembesök, vilket Kristdemokraterna instämmer i. Propositionen hade dock vunnit på en mer tydlig målsättning vad gäller tillämpningen av hemsök i förebyggande syfte. Regeringen föreslår även att kommunerna utan föregående individuell behovsprövning tillhandahåller servicetjänster avsedda för att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa åt personer som fyllt 67 år.

#### 5.5.1 Förebyggande åtgärder

Ett mer förebyggande arbetssätt inom äldreomsorgen behövs. Behovet av heldygnsomsorg kan skjutas upp eller helt utebli om de förebyggande insatserna fungerar. Kristdemokraterna vill införa en norm som innebär att kommunerna ger alla över 75 år rätt till ett hembesök per år. På så sätt kan stöd och hjälpinsatser sättas in så att personen kan bo kvar i det egna hemmet längre än vad som är möjligt utan stöd. Det är bättre för individen och billigare för kommunen. Individuellt anpassade hjälpinsatser kan då utformas tidigt. På många håll behövs en bättre utbyggd dagverksamhet som kan hjälpa den enskilde att behålla en god hälsa längre upp i åren.

**Fel! Okänt namn på**

Kristdemokraterna anser att delar av äldreomsorgen i vissa fall måste kunna efterfrågas fritt, utan krav på individuell biståndsbedömning. Det kan till exempel handla om korttidsboenden för snabb och enkel avlösning. Att inrätta så kallade äldreteam där kommun och landsting samverkar i den medicinska vården av äldre har visat sig effektivt. Det finns även anledning att pröva en modell med ”äldre-distriktssköterskor” som har en specialkompetens kring äldrevård. Rehabiliteringsinsatser skulle ofta behöva sättas in tidigare än vad som görs i dag.

### **5.5.2 Anhörigvård**

De närståendes, främst anhörigas, roll inom äldreomsorgen är ovärderlig. Viss forskning pekar på att upp emot 2/3-delar av omvårdnaden sköts av närstående eller anhörig som maka/make, barn, släkting eller vän. Detta förhållande gäller också en betydande del av rena sjukvårdsinsatser. För många är tillgången till en anhörig eller närstående i själva verket en förutsättning för att kunna vårdas i hemmet. Detta gäller inte minst vid vård i livets slutskede. Att närståendevårdarna uppmärksammas på ett positivt sätt och att deras insatser underlättas innebär stora ekonomiska besparingar för den offentliga vården men är också en ovärderlig trygghetsfråga för den enskilda vårdmottagaren.

De anhörigas och närståendes insatser är en omsorg som oftast sker i det tysta med ett vårdansvar som många gånger är ensamt och psykiskt påfrestande. En bestämmelse i 5 § socialtjänstlagen markerar dock socialtjänstens ansvar att genom stöd och avlösning underlätta för närstående och anhöriga som vårdar personer med funktionshinder, långvarigt sjuka och äldre. Denna bestämmelse behöver skärpas. Anhörigstödet är så viktigt att det bör bli en särskilt reglerad skyldighet för socialtjänsten att ge ett sådant stöd. Kristdemokraterna vill byta ut ordet bör mot ordet skall i 5 § SoL.

Det ankommer på kommunerna att särskilt stödja dessa insatser och det bör finnas en tydlig kontaktpunkt dit den anhörige kan vända sig för råd och stöd. En anhörigkonsulent, kurator eller liknande bör finnas i varje kommun. Kommunerna ska informera sig om vilka närståendevårdare som finns och om deras behov av stöd för att kunna fullgöra sin viktiga uppgift. Det kan handla om materiell ersättning och stimulansåtgärder som avlösningsmöjlighet, utbildning osv. Individuella planer bör upprättas där vårdtagaren, vårdgivaren och den närstående kommer överens om insatsernas omfattning och villkoren för desamma.

Frivilligorganisationerna har en viktig roll som komplement till vårdhuvudmännens anhörigstöd. De insatser som görs bör därför ske i nära samverkan med både de anhöriga och berörda frivilligorganisationer. Forskning kring och utveckling av de närståendes och anhörigas engagemang i vården behöver stimuleras.

### **5.5.3 Servicetjänster åt äldre**

För den som inte fått del av hemtjänsttimmar, eller för den som vill komplettera med extra timmar, måste hushållstjänster kunna köpas till rimligt pris.

Priset på hushållstjänster bör reduceras kraftigt genom en skattelättnad som innebär att arbetskostnaden, och därmed priset för en hushållstjänst, halveras.

Detta skulle bidra till att göra dagens svarta jobb vita och även ge dem med låg pension möjlighet att köpa städ-, matlagings-, snöskottnings- eller trädgårdshjälp. Det skulle höja självkänslan och livskvaliteten för många. Det gäller även för de äldre som inte kommer i fråga för biståndsbedömning.

Erfarenheterna från andra länder visar att sänkt skatt på hushållsnära tjänster har skapat en marknad för välfärdstjänster, och att en mångfald olika företag etablerats. I Finland kan man till exempel se att systemet med servicecheckar i kombination med sänkt skatt på hushållsnära tjänster lett till att många små serviceföretag bildats på landsbygden, medan större serviceföretag etablerats i de större städerna. Det är, vid sidan om ökad valfrihet för äldre, ett viktigt steg för att bredda kvinnors arbetsmarknad.

## 5.6 Utvecklingsområde 6: Personalen

I november år 2003 fanns totalt 258 800 anställda inom vård och omsorg i kommunerna. Inom kommunernas vård och omsorgsverksamhet är nio av tio kvinnor. Av det totala antalet anställda i vård och omsorg i kommunerna är 21 procent 55 år eller äldre. Dessa förhållanden pekar på att åtgärder måste vidtas för att rekrytera flera män till vården, samt att sänka medelåldern genom ett tillskott av unga medarbetare.

Svenska Kommunförbundet har beräknat att nyrekryteringsbehovet fram till år 2000–2010 uppgår till 180 000 personer. Denna beräkning tar hänsyn till verksamhetsutbyggnad till följd av att antalet äldre ökar, till pensionsavgångar och annan rörlighet. Någon ambitionshöjning vad gäller äldreomsorgens innehåll ryms inte i denna beräkning. Äldreomsorgens personalförsörjning är därmed en av de viktigaste strategiska framtidsfrågorna inom denna sektor.

Rekryteringen av ny personal till vården måste ske ur olika grupper. Traditionellt riktar sig åtgärderna mot ungdomar som står inför sitt yrkesval. Detta är viktigt och alla krafter måste sättas in på att göra vårddyrket attraktivt och meningsfullt för ungdomar. Antalet ungdomar som väljer vårdprogrammet på gymnasiet är dock för få idag för att de stora rekryteringsbehoven ska kunna uppfyllas. Den kommunala äldreomsorgen är dessutom inte alltid det mest attraktiva valet för unga med ett vårdintresse. För att fylla de stora behoven krävs att personer i yrkesverksam ålder inom andra samhällssektorer förmås växla över till vårddyrket. För kommuner och landsting gäller det att utveckla ett strategiskt tänkande kring verksamhet och personalpolitik.

Möjligheten att rekrytera nya medarbetare är i hög grad beroende på de arbetsvillkor kommuner och landsting kan tillhandahålla. Det handlar om arbetsorganisation, möjlighet till inflytande, kompetensutveckling och självfallet om löneläget. Möjligheten att åstadkomma en jämnare könsfördelning hör i hög grad samman med lönebildningen och möjligheten till heltidsanställningar. En mångfaldsplan bör finnas hos varje arbetsgivare i vården för att uppnå jämnare könsfördelning och möta behoven av medarbetare med mångkulturell

**Fel! Okänt namn på**

kompetens. Vårdens etik och mjuka värden måste få en framskjuten plats vid vårdutbildning, rekrytering och fortlöpande kompetensutveckling.

### **5.6.1 Mångfald för att understödja förnyelse**

Vården och omsorgen ska vara solidariskt finansierad. Taxor och avgifter ska ha en sådan konstruktion att det aldrig får bli en plånboksfråga huruvida man ska få vård och omsorg. Produktionen av vård och omsorg och dess driftsformer kan dock variera och här måste det finnas en öppenhet för nya producenter och arbetsformer, allt för att öka mångfalden och den enskildes valfrihet.

En ökad mångfald inom vården och omsorgen kan innebära att olika grupper och individers behov tillgodoses på ett snabbare och bättre sätt. Det kan också stimulera och tillföra vården nya impulser. Privata, kooperativa och rörelsedrivna alternativ bör därför ges möjlighet att verka inom kommunernas och landstingens vårdområden. Dessa alternativ måste ges rättvisa konkurrensförhållanden gentemot den offentligt drivna vården. Den så kallade stopplagen inom hälso- och sjukvården måste rivas upp.

Konkurrensutsättning får dock aldrig bli ett självändamål utan ska vara ett medel för att möjliggöra ett effektivt utnyttjande av resurserna, stimulera till nytänkande och bidra till en ökad valfrihet för vårdtagaren.

### **5.6.2 Inför personalkontroll i äldreomsorgen**

Det är samhällets ansvar att se till att alla människor ska kunna åldras med värdighet och i trygghet. Vårdbehövande i det svenska samhället är, många gånger, skyddslösa. Det finns inga kontroller av de människor som börjar arbeta inom äldreomsorgen och hemtjänsten, liksom de som finns för att få arbeta inom barnomsorgen.

Det kan aldrig accepteras att åldringar blir bestulna. Ingen vet hur vanligt förekommande problemet är. Men en undersökning enbart i stadsdelen Söderort i Stockholm visade att över 200 anmälningar av brott mot äldre inkommer varje år. Det handlar om alltifrån vanvård till förskingring. Problemet är att bevisa vad som skett. I de allra flesta fall kan brott inte styrkas och åklagaren lägger ned förundersökningen.

Det är viktigt att understryka att det är en liten grupp som begår dessa brott, men att det drabbar många. De som begår brotten gömmer sig bakom verksamheten och sina arbetskamrater. Detta kan leda till en dålig arbetsmiljö och misstämning där misstänksamheten riktar sig mot alla.

Under senare tid har det införts personalkontroll av de människor som arbetar inom barnomsorg och förskola, liksom inom psykiatrisk vård, vård av utvecklingsstörda och i tvångsvård av missbrukare. Kristdemokraterna menar att det är rimligt att det också finns någon form av personalkontroll av dem som söker tjänster inom äldreomsorg och hemtjänst. Det finns invändningar mot personalkontroll. Det vanliga skälet för invändningarna är att det är en kränkning mot den personliga integriteten. Det är dock inte bara de mest motiverade och intresserade som söker sig till vårddyrket. Det finns flera skäl

till detta. Bland annat måste statusen på vården höjas och man måste satsa mer på de anställda som har en viktig roll i samhället.

Kristdemokraterna menar att samhället måste skapa förutsättningar för att människor ska kunna åldras under trygghet och värdiga former. Därför vill vi införa en form av personalkontroll inom äldreomsorgen och i hemtjänsten i likhet med den som finns för förskolan.

## 6 Tandvården för äldre

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd för all protetik för äldre och ett förbättrat stöd till tandvård för äldre. Högkostnadsskyddet för protetik gäller från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år. Kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för vissa material, får under en behandlingsomgång uppgå till högst 7 700 kr.

Varje enskilt fall förhandsprövas av en enhet inom Försäkringskassan i Skåne – det så kallade Vårdersättningskontoret. Stora mängder ansökningar har inkommit och väntetiden för behandling har blivit längre än förväntat. De långa handläggningstiderna beror bland annat på att Vårdersättningskontoret många gånger begär kompletteringar till tandläkarnas förhandsbedömningar och odontologiska bedömningar. Vårdersättningskontoret har även haft svårigheter att rekrytera personal, eftersom regeringen avvaktade med att besluta om hur mycket pengar som skulle avsättas för personalkostnader.

För närvarande får patienter över 65 år vänta i omkring ett halvår på beslut om bidrag till tandvård. I början av september 2005 väntade omkring 20 000 personer över 65 år på besked från Försäkringskassan. Om patienterna får vänta fem till sex månader på beslut innebär det i praktiken att behandlingen kan fördröjas med upp till ett år.

Regeringen har valt att undersöka, följa och bevaka utvecklingen – men inget konkret har gjorts för att komma till rätta med problemen. Kristdemokraterna anser att de långa handläggningstiderna som uppstått i samband med införandet av högkostnadsskyddet för protetik måste åtgärdas.

## 7 Valfrihet inom äldreomsorgen

En helhetssyn på den enskildes behov förutsätter att den enskilde ges större inflytande över vilka insatser som ges. Men i utvecklingsplanen förekommer knappt ordet valfrihet. Det är som om den socialdemokratiska regeringen anser att möjligheterna att välja utförare är tillräckliga inom äldreomsorgen.

Kristdemokraterna har tillsammans med övriga partier i Allians för Sverige föreslagit en Fritt Val-reform inom äldreomsorgen. Reformen innebär bland annat att alla äldre som är berättigade till särskilt boende ska i största möjliga utsträckning ges möjlighet att välja boendeform och kommun. Valfriheten ska även gälla hemtjänstinsatser som dagverksamhet, korttidsboende och hem-

#### Fel! Okänt namn på

sänd mat. Kommunerna ska vara skyldiga att informera medborgaren om vilka valmöjligheter som står till buds. Till kommunernas skyldigheter hör även att kvalitetssäkra alla utförare genom certifiering.

Allians för Sveriges förslag om en Fritt Val-reform innebär:

- Den enskilde får efter biståndsbedömning rätt att välja äldreboende och hemtjänstutförare.
- Kommunerna blir skyldiga att informera medborgaren om vilka valmöjligheter som står till buds genom Fritt Val.
- Enhetliga och vedertagna system för att mäta kvalitet och kostnader inom verksamheterna på nationell basis tas fram och offentliggörs på en internetportal. En skyldighet för äldreomsorgen att rapportera införs.
- Systemet för Fritt Val ska utformas enkelt. Det ska vara enkelt för medborgaren att förstå och nyttja och enkelt för det offentliga att hantera. Det ska också vara enkelt för utförarna av välfärdstjänster att ta sig in på marknaden. För att garantera trygghet och kvalitet måste en kommunal kvalitetssäkring genom certifiering av utförare av välfärdstjänster ske.
- Villkoren ska vara tydliga och långsiktiga så att stabiliteten och tryggheten garanteras för medborgare och utförare. Fritt Val ska utformas så att en mångfald stimuleras både vad gäller utförarnas storlek och inriktning. Privata, ideella, offentliga och kooperativa aktörer bör, oavsett storlek, kunna ha goda förutsättningar att verka.
- Lag om Fritt Val är inte en tvingande lagstiftning. Kommunerna avgör själva om de ska införa fritt val. De kommuner som beslutar om att införa Fritt Val är dock skyldiga att följa rambestämmelser i lagen. För de kommuner som ansluter sig till Fritt Val måste ett statsbidrag utgå som motsvarar de initiala kostnaderna för införande av reformen på lokal nivå. Rätt utformad kan valfrihet ge förbättringar inom äldreomsorgen. Valfriheten ska skapa en mer lyhörd verksamhet, vars fokus är den enskildes behov och önskemål. Vi har ett tiotal exempel bland svenska kommuner på hur valfrihetsreformer inom olika välfärdssektorer framgångsrikt införts.
- Kristdemokraterna vill se ett system för det egna valet som ger de äldre möjligheten att själva välja utförare, i privat eller kommunal regi. Det egna valet bör även i största möjliga utsträckning gälla innehållet i de insatser som ges. Gemenskapsboenden kan t.ex. med fördel väljas av den enskilde, enligt den valfrihetsreform vi föreslår.
- Äldreomsorgen ska vara trygg och värdig, samtidigt som brukarna ges inflytande och självbestämmande. Med större valmöjligheter får medborgarna en mer lyhörd offentligt finansierad äldreomsorg, vars fokus är den enskildes behov och önskemål. Valfriheten gagnar också personalen som ges större möjligheter till utveckling, fler karriärvägar och kompetensutveckling.



## 7.1 Genomförandet av Fritt Val inom äldreomsorgen

För att tidigt under en mandatperiod frigöra resurser och skapa verklig valfrihet behövs en genomtänkt reformpolitik. En politik som tar hänsyn till att de förändringar som görs måste ske stegvis och på ett tryggt sätt. Ett omedelbart införande av ett nationellt pengsystem inom äldre- och handikappomsorgen kommer därför inte att skapa en optimal valfrihet och konkurrens.

Erfarenheten visar nämligen att offentligt drivna utförare har så stora konkurrensfördelar att den verkliga valfriheten dröjer mycket länge. Den kommunala valfrihetsstrategin genomförs i två steg. Det första steget innebär att andelen verksamhet som bedrivs av privata utförare utökas med hjälp av upphandlingar. Upphandling genom entreprenader är en effektiv metod som ger effekt – entreprenader har även den stora fördelen att de lägger ett ökat fokus på vad som levereras snarare än hur det görs. Genom att inleda med upphandlingar ökar antalet etablerade utförare, vilket lägger en god grund för att genomföra det andra steget – nämligen att införa pengsystem som ger medborgarna reell möjlighet att välja utförare.

Stockholm den 4 april 2006

*Chatrine Pålsson (kd)*

*Maria Larsson (kd)*

*Ulrik Lindgren (kd)*

*Sven Brus (kd)*

*Torsten Lindström (kd)*

*Dan Kihlström (kd)*

*Inger Davidson (kd)*

*Rosita Runegrund (kd)*

*Kenneth Lantz (kd)*

*Gunilla Tjernberg (kd)*

*Olle Sandahl (kd)*