

Regeringens skrivelse

2002/03:30

Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för
äldrepolitiken

Skr.
2002/03:30

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 12 december 2002.

Göran Persson

Lars Engqvist
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I juni 1998 antog riksdagen regeringens förslag till Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) för åren 1999–2001. Syftet med handlingsplanen var att skapa en nationell samling och enighet kring åtgärder för att utveckla äldrepolitiken på lång sikt.

I skrivelsen redogör regeringen för hur arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken utvecklats. Regeringen redovisar vilka åtgärder som gjorts inom de bristområden som prioriterades inom ramen för handlingsplanen, de särskilda satsningar som gjordes på nya initiativ och försöksverksamheter samt vad som i övrigt utvecklats inom äldrepolitiken. Slutligen görs en sammanfattning av hittills uppnådda resultat av genomförandet av handlingsplanen.

1	Ärendet och dess beredning.....	4
2	Nationell handlingsplan för äldrepolitiken	4
3	Utvecklingen inom vård och omsorg om äldre.....	5
4	Handlingsplanens innehåll.....	9
4.1	Ökat statsbidrag.....	9
4.2	Principer och mål	9
4.3	Initiativ och åtgärder	10
5	Utveckling av äldrepolitiken under åren 1999–2001.....	11
5.1	Personalförsörjning och utbildning	11
5.1.1	Personalförsörjning	11
5.1.2	Stimulansbidrag till fortbildning.....	20
5.2	Kvalitetssäkring.....	22
5.2.1	Kvalitetssystem inom äldreomsorgen	23
5.2.2	Effektiva tillsyn.....	26
5.2.3	Anmälan om missförhållanden	28
5.2.4	Förtroendenämnder – Patientnämnder	30
5.2.5	Samverkan mellan kommuner och landsting .	32
5.2.6	Gemensamma nämnder.....	34
5.3	Forskning.....	35
5.4	Utveckling	38
5.4.1	Stöd till anhöriga	39
5.4.2	Telefonupplysning.....	44
5.4.3	Uppsökande verksamhet	45
5.4.4	Folkhälsoarbete för äldre.....	47
5.4.5	Nya försök och initiativ.....	50
5.5	Ekonomi och bostäder	59
5.5.1	Äldreförsörjningsstöd.....	60
5.5.2	Nya och ändrade bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.....	62
5.5.3	Fler äldrebostäder.....	64
5.6	Rättsäkerhet.....	66
5.6.1	Ny socialtjänstlag m.m.....	66
5.7	Rätten för äldre personer med omfattande vårdbehov att flytta till annan kommun	67
5.8	Domstolstrots och icke verkställda beslut.....	68
6	Övriga satsningar av betydelse för äldrepolitiken	70
6.1	Hälso- och sjukvård.....	70
6.1.1	Hälso- och sjukvårdslagen	71
6.1.2	Vårdtider och vårdplatser i slutenvård	71
6.1.3	Vård i livets slutskede	73
6.1.4	Tandvård	73
6.1.5	Läkemedel	74
6.1.6	Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.....	74
6.2	Kultur.....	76
6.3	Integration	77

6.4	Minoritetspolitiken och äldreomsorgen	78	Skr. 2002/03:30
6.5	Ekonomisk äldrepolitik	81	
6.6	Färdtjänst och kommunikationer.....	82	
7	Internationellt arbete	83	
8	Äldreberedningen – Senior 2005	84	
9	Sammanfattning	85	
10	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2002.....	955	

Syftet med skrivelsen är att ge riksdagen en rapport om utvecklingen inom de bristområden som prioriterades inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken samt hur övriga frågor som berör äldre har utvecklats.

I oktober 1996 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997–1999 följa utvecklingen inom äldreområdet (S96/6117H), det s.k. Äldreuppdraget. Därefter har Socialstyrelsen inom ramen för handlingsplanen haft i uppdrag att administrera, stödja och utvärdera ett flertal särskilda stimulansbidrag. Utvecklingen inom ramen för handlingsplanen har slutredovisats i rapporten Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport.

De flesta av de särskilda projekt som funnits inom Socialdepartementets äldreprojekt har slutrapporterats under våren och hösten 2002. Boverket har redovisat hur det tillfälliga stimulansbidraget till äldrebooster m.m. har använts.

Resultaten från slutrapporter och Boverkets redovisning ligger bl.a. till grund för denna skrivelse.

Denna skrivelse har utarbetats i samarbete med Vänsterpartiet och Miljöpartiet.

2 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Omsorgen om äldre är ett av de viktigaste välfärdspolitiska områdena. Under de senaste decennierna har kraven på äldreomsorgen ökat i och med att andelen äldre av befolkningen ökat och personalen har fått nya och allt mer kvalificerade arbetsuppgifter samtidigt som resurserna relativt sett minskat. Mest ökar andelen personer 80 år och äldre. Det innebär att samhället gradvis måste anpassas till den nya befolkningsstrukturen. Ett nytt synsätt när det gäller åldrande och äldre människors roll i samhället måste utvecklas.

Äldreomsorgen genomgick stora förändringar under 1990-talet. Ädelreformen, som genomfördes år 1992, innebar en förskjutning av ansvar och arbetsuppgifter från landstingen till kommunerna. Både ansvaret, men också behovet av fortsatt och väl fungerande samverkan mellan huvudmännen gjordes tydligt genom reformen, bl.a. genom att sjukhemmen, som tidigare tillhört landstingen, överfördes till kommunerna. Inom sjukvården reducerades antalet vårdplatser, vårdtiderna kortades allt mer, genomströmningen av patienter och antalet vårdtillfällen ökade. Kommunerna fick därmed ansvar för personer med omfattande medicinska och omvårdnadskrävande behov, både i ordinärt och i särskilt boende.

Socialstyrelsen har allt sedan Ädelreformen haft regeringens uppdrag att följa utvecklingen av vården och omsorgen för äldre. Flera rapporter har visat att en positiv utveckling skett. Många insatser har gjorts som syftat till att allmänt förbättra situationen för de äldre. Men ett flertal brister har också konstaterats bl.a. vad gäller kvaliteten i medicinska insatser samt omvårdnad. Stora brister har rapporterats vad gäller läkar-

försörjningen vid särskilt boende, vården vid livets slut samt personalens kompetens och dimensionering vid sjukhem. Brukarinflytandet har varit eftersatt, avgifterna för äldreomsorg har också utgjort ett problem för många. Exempel på vård- och omsorgsbehov som inte i tillräcklig grad har uppmärksamats är psykiska besvär, reumatiska sjukdomar och tandhälsa. Samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal äldreomsorg har inte fungerat tillfredställande. Äldreomsorgens kompetensbehov och arbetskraftsbehov bedömdes som omfattande och i behov av stora omprovningar. Ombyggnaden av de gamla sjukhemmen från flerbäddsrums till enbäddsrums hade vid tidpunkten för regeringens proposition inte genomförts i önskvärd utsträckning.

Regeringen tillkallade år 1995 en särskild utredare med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre (dir. 1995:159). I slutbetänkandet som redovisades den 1 december 1997 finns många goda exempel på målmedvetet arbete med kvalitetsutveckling (Bemötandet av äldre. Trygghet, självbestämmande, värdighet. SOU 1997:170). Områden angavs dock där det krävdes förbättringar för att åtgärda brister i kvalitet och bemötande. Utredningen konstaterade bl.a. att det var svårt för äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov att få flytta till en annan kommun och att det fanns brister i det personliga bemötandet.

Personalförsörjningen inom äldreomsorgen försvårades och man såg att det på sikt kunde bli ett allvarligt problem. Många anställda inom äldreomsorgen arbetade deltid, många saknade vårdutbildning. Pensionsavgångarna var stora samtidigt som den arbetsföra befolkningen minskade. Få ungdomar var lockade att arbeta inom äldreområdet och vårdutbildningarna hade svårt att få elever.

För att möta de nya och växande behoven av vård och omsorg som den åldrande befolkningen för med sig och för att åtgärda de brister som identifierats, överlämnade regeringen förslag till gemensamma nationella mål och en gemensam nationell handlingsplan för äldrepolitiken till riksdagen. Handlingsplanen fokuserade på ett antal bristområden inom vilka kommuner och landsting förväntades förstärka sina insatser och åstadkomma kvalitetshöjningar. Riksdagen beslutade i juni 1998 att anta regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop.1997/98:113).

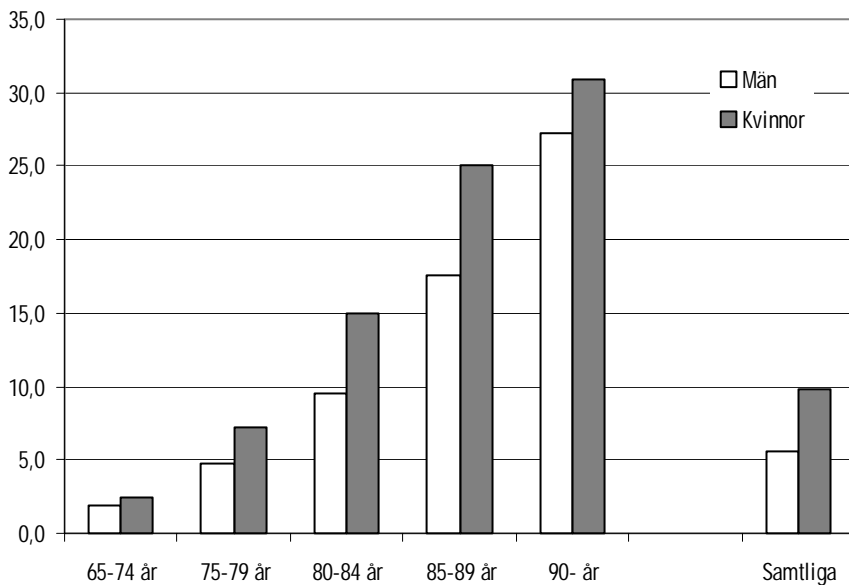
3 Utvecklingen inom vård och omsorg om äldre

Äldreomsorgens utveckling 1998 – 2001

Antalet personer som har hjälp av äldreomsorgen har varit relativt oförändrat under de år som handlingsplanen verkat. Av den totala befolkningen 65 år och äldre var andelen ca 16 procent. Andelen personer som har behov av äldreomsorg ökar med stigande ålder och är högre bland kvinnor än bland män, dvs., 70 procent bland kvinnor och 30 procent bland män.

Diagram 1 Personer med hjälp med hemtjänst i ordinärt boende 2001, andel av befolkningen

Skr. 2002/03:30



Källa: Socialstyrelsen

Anledningen till att så många fler kvinnor än män erhåller kommunal äldreomsorg är att det finns fler gifta män än kvinnor i åldersgruppen 65 år och äldre. Gifta män erhåller i stor utsträckning frivillig vård av anhörig, medan gifta kvinnor tycks erhålla vård av anhörig i något lägre utsträckning. Där är i stället kommunens insatser betydligt högre.

Antalet ensamstående kvinnor är mycket fler än antalet ensamstående män men männen erhåller fler insatstimmar än kvinnor med samma ohälsa.

År 2001 hade drygt 240 000 personer, 65 år och äldre hjälp av äldreomsorgen. Hälften av dem som hade hjälp från äldreomsorgen bodde i ordinärt boende och hälften i särskilt boende. Närmare 70 procent av dem som bodde i ordinärt boende och 80 procent av dem som bodde i särskilt boende var 80 år och äldre.

I ovanstående antal ingår inte äldre med enbart hemsjukvård eller behovsprövad korttidsvård. Dessa uppgår till ytterligare 26 000 personer.

Hemtjänstens omfattning

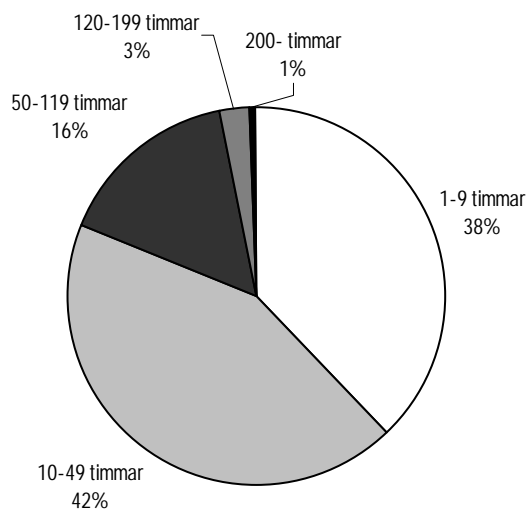
Under perioden 1992–1997 skedde en viss omstrukturering av hjälpinsatserna inom hemtjänsten. Andelen personer med få hjälptimmar sjönk, medan andelen med omfattande insatser steg. Denna tendens omtalas ofta i termer om att omsorg och personlig omvårdnad prioriteras framför tidiga och mer allmänna serviceinsatser såsom hjälp med städning, matlagning, inköp och tvätt.

Under perioden 1998–2001 förefaller dock denna omfördelning ha avstannat. En viss betydelse kan ha haft att de uppmätta hemtjänst-timmarna under perioden 1992–1997 inkluderar även boende i servicehus och servicelägenheter med individuella hemtjänstbeslut.

Under år 2001 fick fyra av tio bland personer som har hjälp med hemtjänst i ordinärt boende hjälp med mellan 1 och 9 timmar per månad. En lika stor andel får hjälp med mellan 10 och 49 timmar per månad.

Av resterande 20 procent får majoriteten hjälp med mellan 50 och 119 timmar per månad. Skr. 2002/03:30

Diagram 2 Fördelning av antalet personer 65 år och äldre i ordinärt boende efter



antalet hjälptimmar, 2001

Källa: Socialstyrelsen

Kostnader

Kommunernas kostnader för äldreomsorgen beräknas till 71,4 miljarder kronor (år 2001). Det är en ökning med 14 procent jämfört med år 1998 (fasta priser). Det är osäkert vilka orsakerna bakom ökningen är, men den kan sammanhänga med ökningen av antalet anställda inom sektorn. Äldreomsorgstagarnas sammanlagda avgifter uppgick till cirka fem procent av de totala kostnaderna under 2000.

Tabell 1 Kostnader för äldreomsorgen, miljarder kronor 2001 års priser enligt KPI

	1998	1999	2000	2001
Vård och omsorg enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen	60,6	63,8	66,9	69,5
Därav i ordinärt boende	15,6	17,7	18,5	20,4
I särskilt boende	45,0	46,2	48,4	49,1
Förebyggande verksamhet	2,2	2,2	2,0	1,9
Summa	62,8	66,1	68,9	71,4

Källa: SCB och Socialstyrelsen

Personal

Personalutvecklingen för hela ansvarsområdet Kommunal äldre- och handikappomsorg kan inte följas upp med årlig statistik, eftersom gränsdragningen av verksamhetsområdet för den kommunalt producerade äldreomsorgen inte överensstämmer med redovisningen av privata vård- och omsorgsföretag.

Genom en ej publicerad specialbearbetning av SCB:s företagsregister, maj 2002, har dock antalet anställda i landet som arbetar med hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre (65 år och äldre) skattats.

Antalet anställda inom vård och omsorg om äldre ökade med 15 procent mellan åren 1998 och 2001. Ökningen har varit störst bland privata utförare – 50 procent. Antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade uppgick till 279 000 år 2001, vilket motsvarar cirka 217 000 årsarbetare (den kommunala statistiken skiljer inte mellan personal som arbetar med äldre respektive funktionshindrade). Av de månadsanställda skattas cirka 30 000 arbeta i privata vård- och omsorgsföretag.

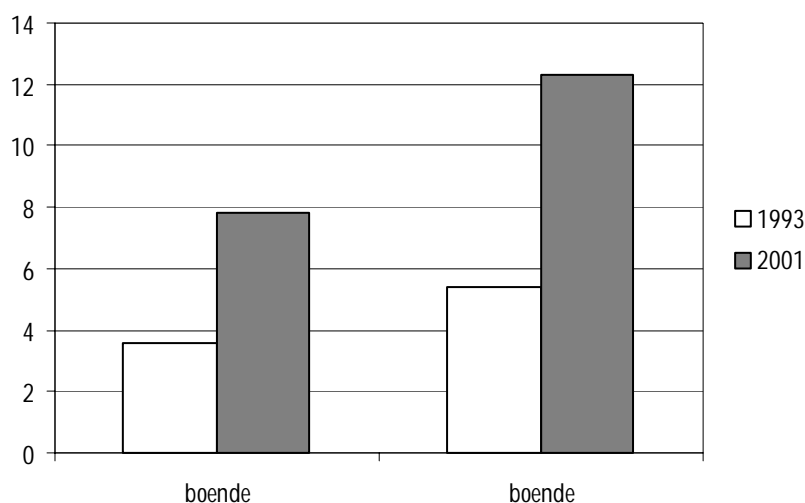
Sjukfrånvaron har ökat kraftigt i den kommunala vården och omsorgen under de senaste åren. Det har medfört att en allt större del av den utförda årsarbetstiden utförs av timvikarier och visstidsanställd personal.

Enligt SCB:s prognoser kommer behovet av personal inom vård och omsorg att öka kraftigt fram till år 2020. Personaltillgången väntas minska bl.a. beroende på stora pensionsavgångar bland personalen samt på ett minskat intresse för att utbilda sig inom vårddyrket.

Privatisering

Entreprenader och köp av platser i enskild regi inom äldreomsorgen har expanderat kraftigt under de senaste tio åren. Utvecklingen som alltjämt fortgår, har ägt rum såväl inom ordinärt som särskilt boende. Det är framför allt de privata bolagen som ökat sin andel inom äldreomsorgen. Försök med s.k. äldrepeng har införts i några kommuner vilket innebär att den äldre efter biståndsbeslut har möjlighet att själv välja vårdgivare. Under år 2001 fick cirka 10 procent av äldreomsorgstagarna hjälp från privata vårdgivare. (Med enskild regi avses här hemtjänst som kommunen har yttersta ansvar för men som drivs av annan, t.ex. bolag, stiftelse eller kooperativ, på uppdrag och mot ersättning av kommunen.)

Äldreomsorg i enskild regi är vanligast i storstäder och förorter. Köp av platser i särskilt boende är emellertid relativt vanligt i landsbygdskommuner.



Källa: Socialstyrelsen

4 Handlingsplanens innehåll

Syftet med en Nationella handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) var att fastställa mål för äldrepolitiken och att ge förslag till åtgärder på såväl kort som lång sikt. Handlingsplanen innefattar tre huvudsakliga delar. En är att successivt öka statsbidraget till kommuner och landsting under en treårsperiod för att skapa möjligheter för huvudmännen att väsentligt utveckla äldrepolitiken. En annan är att lägga fast nya målformuleringar för den framtida äldrepolitiken. En tredje innefattar initiativ och åtgärder för att utveckla olika aspekter av vården och omsorgen om äldre i Sverige.

4.1 Ökat statsbidrag

Det generella statsbidraget till kommuner och landsting höjdes med fyra miljarder kronor under åren 1997–2000 med hänvisning till kommunernas ökade resursbehov för vård och omsorg.

Riksdagen beslutade även att förstärka äldreområdet med 300 miljoner kronor årligen under perioden 1999–2001 för att stödja och påskynda utvecklingen inom några prioriterade områden. Dessutom anslogs 400 miljoner kronor för att stimulera uppbyggnad och anpassning av bostäder och andra lokaler avsedda för äldre.

4.2 Principer och mål

Riksdagen fastställde (1997/98:SoU24) tre huvudprinciper för äldrepolitiken. Den skall vara

- demokratiskt styrd genom folkvalda församlingar,

- solidariskt finansierad genom skattemedel, samt
- tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft.

De nationella målen skall ge en inriktning för den framtida äldrepolitiken. Avsikten är att kommunerna skall utarbeta lokala äldrepolitiska handlingsprogram med utgångspunkt från dessa mål. Riksdagen fastställde fyra nationella mål för äldrepolitiken.

Äldre skall:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

4.3 Initiativ och åtgärder

I handlingsplanen förutsattes att åtgärderna skulle resultera i följande förbättringar i kommuner och landsting:

- fler anställda i äldreomsorgen,
- förbättrad samverkan mellan huvudmännen i syfte att åstadkomma en högre kvalitet och ökad kontinuitet av samhällets insatser,
- bättre tillgång till medicinsk kompetens i hemsjukvården och i de särskilda boendeformerna inom den kommunala äldreomsorgen. En ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen och i äldrevården är av central betydelse,
- patientens ställning stärks och tillgängligheten inom hälso- och sjukvården förbättras,
- ökad kompetens hos personalen för att möta nya och förändrade arbetsuppgifter samt en utvecklad arbetsorganisation och ett tydligare ledarskap. Det gäller såväl generell vård- och omsorgskompetens som attityder och förhållningssätt,
- uppsökande verksamhet inom hemtjänsten för att erbjuda tidiga insatser och därmed förebygga behov av mer omfattande natur och dyra åtgärder. I det uppsökande arbetet skall särskilda behov som gäller kosthållning och medicinering uppmärksammas,
- en bättre information till vårdtagare och anhöriga samt möjlighet till delaktighet i planering av olika vårdinsatser,
- utvecklade och fördjupade former för stöd till anhöriga,
- ett kontinuerligt kvalitetsarbete genom att bygga upp och utveckla olika kvalitetssystem,
- information och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagarna "forslas runt" i systemet,
- bättre tillgång till rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel inom den kommunala äldreomsorgen, samt
- bättre vård i livets slutskede.

Socialstyrelsen har sedan år 1999 haft regeringens uppdrag att följa resultatet av handlingsplanens insatser inom kommunernas och landstingens vård och omsorg.

5 Utveckling av äldrepolitiken under åren 1999–2001

Skr. 2002/03:30

I skrivelsen redovisas utvecklingen inom de områden som handlingsplanen har inriktats mot, vilka nya initiativ och försöksverksamheter som planen har gett upphov till samt andra åtgärder som vidtagits inom äldrepolitiken utöver handlingsplanen.

5.1 Personalförsörjning och utbildning

En av förutsättningarna för att uppnå god kvalitet inom äldreården är att det finns tillräckligt med personal och personal med rätt kompetens. Under 1990-talet har kommunerna övertagit ansvaret från landstingen för hälso- och sjukården i särskilda boendeformer för äldre. Äldre som tidigare vistades inom akutsjukvård och somatisk långtidssjukvård ges i dag service och vård både inom de särskilda boendeformerna och inom det ordinära boendet. Huvuddelen av insatserna består av personlig omvårdnad, tillsyn och sjukvård. Detta ställer stora krav på kunskap och kompetens för att en god vård skall kunna upprätthållas. Det gäller såväl arbetsledande personal, biståndsbedömare som vårdpersonal. De förtroendevalda behöver aktuella kunskaper inom äldreområdet för att kunna styra insatser mot rätt områden och för att kunna ta initiativ till utvecklingsinsatser.

Regeringen vidtog flera åtgärder för att komma till rätta med det framtida behovet av personal samt för att höja personalens kompetens.

5.1.1 Personalförsörjning

Sammanfattning och bedömning: Mellan åren 1995 och 2001 ökade antalet anställda inom den kommunala äldreomsorgen med 29 500 personer. Rekryteringsbehovet är dock alltså stort och beräknas växa under de närmaste åren framför allt när det gäller sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, men även när det gäller vårdbiträden och undersköterskor. Det samlade rekryteringsbehovet beräknas till närmare 220 000 personer under perioden 2001–2010. Trots de insatser som genomförs för att öka rekryteringen av personal till vård och omsorg kvarstår svårigheterna bl.a. på grund av att antalet sjukskrivningar inom vård och omsorg ökar.

Målet att minska deltidsarbetslösheten inom vård och omsorg med 50 procent under perioden november 1999–november 2000 lyckades inte fullt ut men kommer enligt Arbetsmarknadsstyrelsens (AMS) prognoser att uppnås vid utgången av år 2002. För att påverka omständigheter som hindrar de som arbetar deltid att få utökad arbetstid har regeringen gett ett antal berörda myndigheter i uppdrag att ta fram förslag för att minska deltidsarbetslösheten. AMS har bedrivit kompletteringsutbildning för personer med utländsk bakgrund för att fler skall kunna arbeta inom vården. En försöksverksamhet pågår där arbetslösa erbjuds arbete på halvtid och studier på halvtid för att därefter erbjudas fast heltidstjänst inom vård och omsorg. Antalet platser på sjuksköterskeutbildningen har

utökats och en specialistutbildning med inriktning på vården av äldre har införts.

Regeringen beslutade hösten år 2001 om ett 11-punktsprogram (budgetpropositionen för år 2002) för ökad hälsa i arbetslivet med insatser som syftar till att minska sjukskrivningarna, förbättra arbetsvillkoren samt sörja för personalens kompetensutveckling. Sammanlagt satsas cirka 750 miljoner kronor per år på olika åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet under åren 2003 och 2004. Regeringens uppfattning är att kommunerna behöver vidareutveckla strategier för vilka åtgärder som kan vidtas för att förbättra personalens kompetens. Regeringen bedömer att det finns möjligheter att ytterligare stödja offentliga arbetsgivare. Regeringen har beslutat att en gemensam plan med förslag på åtgärder för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder skall utarbetas av tio myndigheter. Planen skall redovisas senast den 31 maj 2004.

Behov av personal och utbildning har kartlagts

Inom ramen för äldreprojektet tillsatte regeringen år 1998 en arbetsgrupp som fick i uppdrag att kartlägga personalförsörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen. Arbetsgruppen bestod av företrädare från berörda departement, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt arbetsmarknadens parter. I januari år 2000 slutredovisades uppdraget i rapporten Personalförsörjning och kompetensfrågor inom äldreomsorg och äldreomsorg (S 1998:D).

I rapporten lämnades flera förslag på åtgärder för att kunna nyrekrytera och behålla personal. Förslagen omfattade bl.a. insatser vad gäller fortbildning och kompetensutveckling, att öka antalet platser på omvårdnadsprogrammet och läkar- och sjuksköterskeutbildningarna. I rapporten framhölls också det angelägna i att personalen kan erbjudas heltidstjänster, att personal kan rekryteras både bland ungdomar och bland andra åldersgrupper samt att möjligheter erbjuds anställd personal att erhålla grundutbildning.

Regeringen beslutade att överlämna rapporten till den av regeringen tillsatta parlamentariska äldreberedningen Senior 2005 för vidare utredning.

Vårdkommissionen

Mot bakgrund av behoven och svårigheterna att rekrytera personal till vård- och omsorgssektorn tillsatte regeringen år 1998 en kommission med uppgift att kartlägga rekryteringsbehoven samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn. Kommissionen antog namnet Vårdkommissionen.

I kommissionen fanns företrädare från regeringen, kommun- och landstingsförbunden och de fackliga organisationerna. I Vårdkommissionens slutrapport, Den ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44), redovisades ett antal konkreta förslag för att komma till rätta med problemen inom vård- och omsorgssektorn.

Förslagen rörde såväl utbildning, arbetsmarknad som sjukvård och social omsorg. Ansvaret för genomförandet av förslagen lades på såväl stat, kommun och landsting.

Inom arbetsmarknadspolitikens område återfanns följande förslag:

- minska deltidsarbetslösheten,
- öka antalet invandrare som är anställda inom vården genom särskilda insatser, samt
- utbilda personal från sektorer där övertalighet råder till arbeten inom vård- och omsorgssektorn.

Minska deltidsarbetslösheten

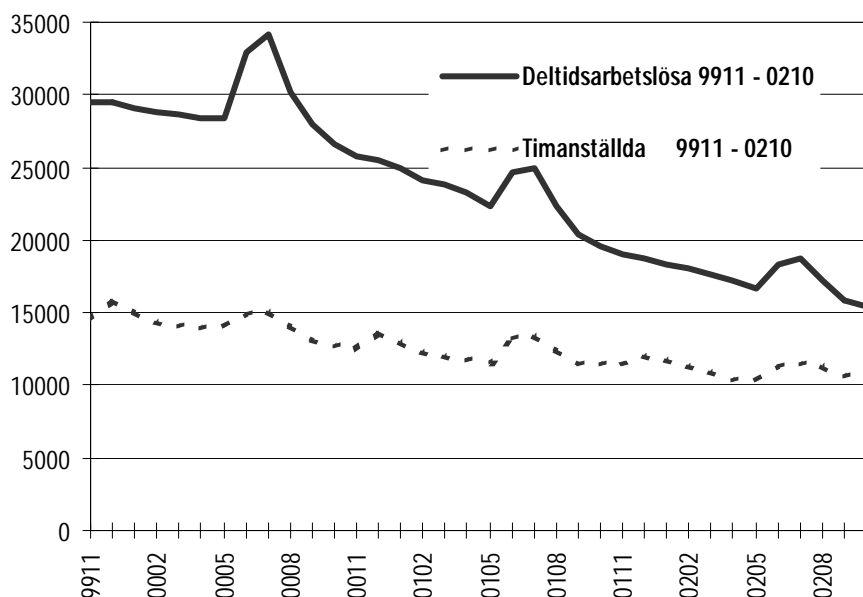
I vårdkommissionens rapport konstaterades att trots stora rekryterings-svårigheter inom vård och omsorg hade vården jämfört med andra sektorer den högsta andelen deltidsarbetslösa. Av de totalt 121 000 personer som var registrerade som deltidsarbetslösa på arbetsförmedlingen i september 1999 uppgick antalet sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och vårdare/skötare till totalt 32 000. Därtill fanns cirka 14 000 timanställda inom denna sektor registrerade på arbetsförmedlingen.

Insikten om detta utmynnade i ett åtagande från Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och staten att tillsammans verka för att kommuner och landsting skulle erbjuda önskad arbetstid till dem som var deltidsarbetslösa. Målet var att minska deltidsarbetslösheten med 50 procent från 30 000 personer till 15 000 personer under perioden november 1999 och november 2000. Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) fick också i uppdrag av regeringen att medverka i arbetet genom att ta fram statistik och framförallt genom att utveckla metoder att matcha lediga platser och deltidsarbetslösas behov av heltidsarbete.

Deltidsarbetslösheten föll under det år mätningen avsåg med sammanlagt 13 procent. Mest föll deltidsarbetslösheten bland sjukskötersor (44 procent). AMS skrev i sin slutrapport att även om minskningen generellt sett var begränsad fanns ändå ett engagemang hos parterna och ett intresse på arbetsförmedlingarna att fortsätta arbeta med frågan.

När berörda parter inom vård- och omsorgsområdet gjorde en avstämning av halveringsmålet beslutade regeringen att insatserna måste intensifieras för att påskynda minskningen av deltidsarbetslösheten. AMS fick ett uppdrag att verka för att arbetsgivare som hade en hög andel arbetstagare som är deltidsarbetslösa, skulle anpassa sin organisation så att deltidsanställda kunde erbjudas den arbetstid som de efterfrågade.

Regeringen kan konstatera att målet nu är på väg att uppfyllas. Sedan november 1999 har deltidsarbetslösheten minskat med 48 procent och vid utgången av år 2002 beräknar AMS att målet är uppfyllt. Regeringen följer kontinuerligt utvecklingen inom området.



Deltidsarbetslöshet är ett komplext problem som behöver angripas från olika utgångspunkter. De erfarenheter man tidigare fått visar att deltidslösheten inte enbart kan ses som en isolerad fråga för arbetsmarknadspolitiken. AMS arbete i samverkan med parterna har resulterat i en kraftig minskning av deltidslösheten, men aktiva förmedlingsinsatser kan i sig inte bidra till bestående förändringar. En oförändrad rekryteringspolicy och arbetsorganisation innebär att det ständigt kommer in fler deltidslösa. För att åstadkomma bestående resultat krävs bättre personalplanering, ändrade arbetsmetoder, flexibla arbetstidsmodeller och en ökad samverkan mellan arbetsförmedling, fackliga organisationer och arbetsgivare. För att ytterligare påverka förhållanden som hindrar de som arbetar deltid att få utökad arbetstid fattade riksdagen beslut om att avsätta 100 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004 för detta ändamål. Regeringen beslutade ge Arbetsmiljöverket att i samverkan med Jämställdhetsombudsmannen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Svenska EFS-rådet (Europeiska socialfonden i Sverige) och Arbetslivsinstitutet i uppdrag ta fram förslag för att minska deltidslösheten. Avsikten är att myndigheterna skall ta ett gemensamt ansvar, utifrån sina egna kompetensområden, i de aktiviteter som föreslås för att minska deltidslösheten.

De medel som riksdagen beslutat om kommer främst att användas för att pröva nya arbetsorganisationer och arbetssätt som skapar fler heltidsarbeten. Medel kommer också att avsättas för kompetensutveckling av deltidslösa, aktionsinriktad forskning och informationsinsatser.

Särskilda insatser för att öka antalet invandrare som är anställda inom vården

Det andra förslaget i Vårdkommissionens rapport var att initiera särskilda insatser för att öka antalet invandrare som är anställda inom vården.

AMS fick ett treårigt uppdrag av regeringen att bedriva kompletteringsutbildning för personer med utländsk högskoleutbildning och på

gymnasial nivå. Inom ramen för denna satsning skulle särskilt invandrarres möjligheter att komplettera utbildning inom vårdområdet uppmärksammas.

I den delrapport som lämnades till regeringen i februari 2002 redovisar AMS att cirka 1 800 personer deltagit i satsningen under år 2001. Något mer än hälften har tagit del av förberedande utbildning där kartläggning och validering av tidigare kunskaper ingått. Drygt 30 procent av utbildningarna har bedrivits inom vård- och omsorgssektorn. För att nå ut till den avsedda målgruppen om att denna möjlighet finns har AMS genomfört en bred informationskampanj i nära samarbete med parterna.

Utöver utbildningssatsningar har AMS/AF Utland, i samarbete med arbetsgivarna och inom ramen för EURES-samarbetet (European Employment Services), genomfört rekryteringsaktiviteter inom EU/EES i syfte att bidra till att lösa de alltmer besvärande flaskhalsproblemen inom vårdsektorn. Det har bidragit till ett stort antal intresseanmälningar från tyska sjuksköterskor och läkare. Även ett antal läkare från Spanien har rekryterats till Sverige.

Utbilda personal från sektorer där övertalighet råder till arbeten inom vård- och omsorgssektorn.

Utöver den arbetsmarknadsutbildning som bedrivs inom vårdsektorn för arbetslösa har särskilda åtgärder riktats mot personer som på grund av övertalighet inom vissa branscher behöver omskola sig till yrken inom andra sektorer.

I en rapport till regeringen i december 2000 redovisar AMS ett antal insatser, framför allt inom den statliga sektorn i samband med förbandsnedläggningar, i syfte att skapa intresse bland övertaliga att välja vårdutbildning. Det bör framhållas att personal från Arbetsförmedlingen alltid medverkar vid större varsel och där information om vårdutbildning är ett viktigt inslag.

Genom samarbete mellan Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och AMS har riksomfattande kampanjer genomförts för att öka rekryteringen till vård och omsorg. Utöver dessa finns exempel på regionala kampanjer och lokala yrkesmässor på enskilda arbetsförmedlingskontor vilket medverkat till att svårtillsatta platser och sommarvikariat tillsatts, samtidigt som ett stort antal intresserade fått information om olika utbildningsmöjligheter inom vård och omsorg.

Vårdutbildningar

Fr.o.m. den 1 januari 2002 är staten huvudman för den vårdutbildning på högskolenivå som landstingen och Gotlands kommun tidigare var huvudman för. Staten har under år 2001 fortsatt den utbyggnad som landstingen påbörjat under perioden 1998–2000. Hösten 2001 utökades antagningen till sjuksköterskeutbildningen med 475 platser. Vidare gjordes en engångssatsning hösten 2001 med 381 platser inom specialistutbildning för sjuksköterskor. Från år 2003 planeras ytterligare utökning med 446 helårsplatser. För år 2002 avser regeringen att fastställa mål för antalet examinerade sjuksköterskor. Med utgångspunkt i den nu

beslutade utbyggnaden anser regeringen att examinationen bör öka från cirka 2 900 år 2000 till cirka 4 100 år 2006. Målet för antalet examinerade sjuksköterskor under perioden 2001–2004 uppgår till 13 400 och som planeringsförutsättning gäller att antalet examinerade skall uppgå till 16 100 under perioden 2005–2008.

Sjuksköterskeutbildningen har förlängts genom att olika specialistutbildningar har införts. En inriktning är vården av äldre. Andra yrkeskategorier som fått behörighetsstatus är arbetsterapeuter och dietister.

Det finns två sociala utbildningar inom social omsorg på högskolan, nämligen vård- och omsorgsutbildning och socionomutbildning. Högskoleverket och Socialstyrelsen har nyligen fått i uppdrag att se över de båda högskoleutbildningarna.

Trots de aktiviteter som genomförs för att intressera fler att välja vårdutbildning har kommunerna stora svårigheter att rekrytera personal till den kommunala vården och omsorgen. Svenska kommunförbundet anser att det utbildas alltför få inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram för att täcka behoven av nära förestående pensionsavgångar. Ett problem är dock ungdomarnas intresse för utbildning på detta program genom att antalet platser på omvårdnadsprogrammet är fler än antalet elever. Under de senaste åren har cirka 3 200 elever ansökt till 4 200 platser.

Till viss del kompenseras det med utbildning inom den kommunala vuxenutbildningen och arbetsmarknadsutbildningen. Inom den senare utgör vård- och omsorgsutbildningar 20 procent av det totala antalet utbildningar.

För att ytterligare stimulera fler att välja vårdutbildningar har en försöksverksamhet inletts som skall pågå fram till den 31 maj 2004. Försöksverksamheten innebär att kommuner, landsting och entreprenörer får ekonomiskt stöd för att anställa arbetslösa och erbjuda dem arbete på halvtid och studier på halvtid under 18 månader. Förbehållet är att individen efter genomgången utbildning får erbjudande om heltidstjänst tills vidare. När försöksverksamheten är fullt utbyggd kommer närmare 1 200 personer att delta samtidigt.

En parlamentarisk gymnasiekommitté har tillsatts som skall se över hur den framtida gymnasieskolan skall utformas. Kommittén skall utifrån bl.a. en analys av samhällets och arbetsmarknadens förändring överväga hur gymnasiala utbildningar bör organiseras i framtiden.

Behov av personal och personal med rätt kompetens

Enligt Svenska kommunförbundets beräkningar kommer rekryteringsbehovet av äldreomsorgspersonal under perioden 2001 till 2010 att uppgå till närmare 180 000 årsarbetare. Den främsta orsaken är pensionsavgångar och ett ökat antal äldre som kan behöva vård och omsorg. Dessutom finns för närvarande en hög rörlighet bland exempelvis sjuksköterskor.

AMS har i en nytkommen rapport också visat på att behovet av vård- och omsorgspersonal kommer att öka under kommande år. Speciellt gäller detta sjuksköterskor, vårdbiträden och undersköterskor som kommer att ha betydligt större personalavgångar på grund av pensioner och branschbyten än vad som kan täckas av antalet nytutexaminerade.

AMS anser att om inga åtgärder vidtas med anledning av den förväntade, successivt ökande bristen på personal inom vård och omsorg, kommer arbetsgivarna att tvingas rekrytera utbildad vårdpersonal i än större omfattning.

Kommuner och landsting har ett huvudansvar för rekrytering och kompetensutveckling av personal. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa i vilken utsträckning kommuner och landsting utvecklar lokala strategier för rekrytering och kompetensutveckling.

Socialstyrelsen har genomfört två studier, åren 2000 resp. 2002, för att belysa rekryteringsläget. Resultatet visar att kommuner och vård- och omsorgsföretag har svårt eller mycket svårt att rekrytera sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, framförallt sjukgymnaster. Även andelen som anser att det är mycket svårt att rekrytera biståndsbedömare har ökat. Situationen bedömdes dock inte lika allvarlig när det gäller möjligheterna att rekrytera vårdbiträden som saknar utbildning.

Två av tre kommuner har gjort analyser av rekryteringsbehoven på ett till tre års sikt och mer än hälften av kommunerna har även gjort bedömningar på längre sikt. De åtgärder som kommunerna anser vara mest framgångsrika för att behålla och rekrytera personal är:

- förändrad arbetstidsförläggning,
- höjd genomsnittlig sysselsättningsgrad,
- bättre arbetsmiljö,
- bättre lönevillkor, samt
- bättre information om verksamheten.

Studierna visar att kommuner och vård- och omsorgsföretag har vidtagit en rad åtgärder för att främja personalrekryteringen. I många fall sker arbetet i samverkan med andra kommuner och/eller landsting. De vanligaste åtgärderna är ändrad arbetstidsförläggning, höjd genomsnittlig sysselsättningsgrad samt utveckling av kontakten mellan skola och arbetsliv. För att på längre sikt klara kompetensförsörjningen har många kommuner och landsting försökt stimulera fler att söka utbildningar som är riktade mot äldreomsorgen. Trots vidtagna åtgärder består rekryteringsproblemen.

Personalens kompetens

Antalet anställda i kommunernas vård och äldreomsorg har ökat med totalt 29 500 mellan åren 1995 och 2001 enligt statistik från Svenska Kommunförbundet. De grupper som ökat kraftigast i antal är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster – vilket givit ett kompetenstillskott till äldre- och handikappomsorgen. Däremot har antalet arbetsledare minskat samtidigt som kraven vad gäller arbetsledarnas ansvar och arbetsuppgifter har ökat. Andelen vårdbiträden/undersköterskor som inte har vård- och omsorgsinriktad grundutbildning har minskat från 39 procent år 1995 till 38 procent år 2001. Det är en stor spridning mellan kommunerna där fler anställda i storstäderna jämfört med små och medelstora kommuner saknar grundläggande utbildning.

Kommunerna har utformat olika strategier och program för att komma till rätta med brister i personalens kompetens. I Socialstyrelsens undersökning om kompetensförsörjningsläget våren 2002 uppger två av tre

kommuner att de gjort inventeringar, behovsanalyser eller liknande inom organisationen. Hälften av kommunerna uppger dock att de inte beslutat om någon strategi eller något program. Kommunerna/företagen har olika uppfattningar om vikten av formell utbildning. De vårdbiträden som saknar yrkesutbildning kan få en sådan i fyra av tio kommuner och var femte kommun erbjuder ekonomisk ersättning i samband med utbildningen. Några kommuner ger högre lön efter genomgången utbildning. En tredjedel av de kommuner som ingått i studien ger sina undersköterskor och vårdbiträden möjlighet till vidareutbildning. Dessa kommuner har även en plan för hur deras kunskaper skall tas tillvara på arbetsplatsen när de kommer tillbaka.

Den rekrytering av personal med utländsk bakgrund till äldreomsorgen som skett under de senaste åren har varit bra i flera avseenden, inte minst därför att det ökat förutsättningarna att erbjuda äldre invandrare vård och omsorg av personal som behärskar deras språk. Det stora flertalet av denna personal som rekryterats till äldreomsorgen arbetar dock givetvis inte huvudsakligen med äldre som har samma modersmål utan också med äldre som har svenska som modersmål. Det är därför viktigt att de anställda med utländsk bakgrund har sådana kunskaper i svenska att de kan kommunicera bra med de äldre. De måste på samma sätt som all personal också ha tillfredställande utbildning för att säkra kvaliteten i äldreomsorgen. Förståelse hos personalen för olika kulturer både för äldre invandrare och äldre svenskar är också väsentligt för kvaliteten. Det är därför viktigt med kontinuerlig kompetensutveckling för alla anställda för att bl.a. öka förståelse för olika kulturer och vid behov utbildningsinsatser i svenska för personal med utländsk bakgrund. Det kan också finnas behov av utbildningsinsatser i andra språk för viss personal för att underlätta kommunikationen med äldre invandrare.

När det gäller fortbildning har andelen anställda som får del av fortbildning i stort sett varit konstant under de senaste åren. Det generella mönstret är att det är de anställda inom sektorn ”utbildning och forskning”, heltidsanställda samt de med högre utbildning som i hög grad får del av fortbildningen.

Det finns tydliga samband mellan andelen som deltar i fortbildning och personalens utbildningsnivå. Ju lägre utbildningsnivå desto mer får personalen del av fortbildningen. Socialstyrelsens uppfattning är emellertid att fortbildningen för utbildade vårdbiträden och undersköterskor fortfarande är ett eftersatt område som måste förbättras om det skall vara möjligt att utveckla äldreomsorgen och göra den attraktiv för utbildade medarbetare.

De som får del av arbetsgivarnas fortbildningssatsningar är i genomsnitt äldre och har arbetat länge i kommunen. Med tanke på att vård- och omsorgspersonalen åldras är det av vikt att erbjuda även de yngre som kommer in i äldreomsorgen utbildning för att göra arbetet attraktivt, få yngre medarbetare att vilja stanna kvar och höja medarbetarnas kompetens och därmed höja kvaliteten i vården och omsorgen.

Arbetsorganisationen

Ett område där regeringen i handlingsplanen uttalade behov av utvecklingsinsatser från kommuner och landsting var arbetsorganisationen.

Socialstyrelsen har gjort en genomgång av litteratur och studier från 1980-talet fram till idag som rör frågor om arbetets organisation i den kommunala äldreomsorgen. Arbetsorganisationen har genomgått genomgripande förändringar under 90-talet. Från att på 80-talet vara den "brukarnära arbetsorganisationen" har fokus förskjutits mot den övergripande förvaltningsorganisationen, ekonomiska frågor och förändringar som följt av den strukturomvandling som präglat svensk äldreomsorg under denna period. Den så kallade delade organisationen där behovsbedömning och biståndsbeslut skiljs från ansvaret för utförande och verkställighet är den vanligaste förvaltningsorganisationen inom äldreomsorgen i dag. Socialstyrelsen kommenterar detta med att motivbilden och intresset när det gäller utveckling mot en delad organisation har varit att utveckla former och innehåll i själva biståndshandläggningen. Frågor kring arbetsledning och den "brukarnära arbetsorganisationen" förefaller samtidigt ha varit föremål för mindre uppmärksamhet och utvecklingsarbete. Sett ur vårdpersonalens och brukarnas perspektiv inrymmer den alltmer dominerande organisationsformen, med en delad förvaltningsorganisation, flera negativa inslag bl.a. som en följd av att närheten mellan beslut och utförande går förlorad.

Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet har genomfört en specialbearbetning av data med fokus på arbetsledare inom äldreomsorgen inom projektet "Hållbar hälsa i kommuner och landsting". Projektet syftar till att identifiera faktorer som stärker den framtida arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting. Med reservation för att materialet är begränsat tyder uppgifterna på att arbetsledare inom äldreomsorgen är en i flera avseenden mer utsatt arbetsgrupp jämfört med sjuksköterskor och undersköterskor inom samma verksamhet. En orsak till detta är att många chefer och arbetsledare inom äldreomsorgen har fått allt större ansvarsområden men mindre resurser. De minskade resurserna har bl.a. varit begränsad administrativ hjälp. De flesta chefer och arbetsledare inom äldreomsorgen är kvinnor. Såväl hälsoindikatorer som indikatorer beträffande arbetsförhållanden antyder en obalans mellan krav och möjligheter i arbetet, vilket på sikt utgör en allvarlig risk för försämrat välbefinnande och ökad ohälsa. Sammantaget finns anledning att i än större omfattning rikta utvecklingsinsatser och uppmärksamhet mot arbetsledarnas arbetsituation.

Socialstyrelsens uppföljning

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att rekryteringsläget för personal till vård och omsorg för äldre inte har förbättrats mellan åren 2000 och 2001. Det gäller framförallt sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal. Andelen utbildade fast anställda vårdbiträden är relativt konstant. Av SCB:s personalutbildningsstatistik framgår att det framför allt är äldre medarbetare som får del av kommunernas fortbildningspengar, samtidigt som mer än 50 procent av de nyanställda saknar grundutbildning.

Antalet sjukskrivningar inom vård och omsorg ökar. Det är viktigt att insatser sker både för att minska sjukskrivningarna och för att göra det

möjligt för äldre vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor att orka arbeta till pensioneringen.

Många arbetsledare i äldreomsorgen har i dag ansvar för stora personalgrupper och saknar administrativt stöd för att fungera som ledare och handledare för personalen. Utvecklingen mot en delad förvaltningsorganisation, med ett ökat avstånd mellan beslut och utförande, ger flera negativa konsekvenser sett ur ett vårdbiträdes- och brukarperspektiv.

Sammanfattning och bedömning

Regeringen beslutade hösten 2001 om ett 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet med insatser som syftar till att minska sjukskrivningarna, förbättra arbetsvillkoren samt sörja för personalens kompetensutveckling. Sammanlagt satsas cirka 750 miljoner kronor under åren 2003 och 2004 på olika åtgärder för att öka hälsan i arbetslivet. Regeringens uppfattning är att kommunerna behöver vidareutveckla strategier för vilka åtgärder som kan vidtas för att förbättra personalens kompetens. Regeringen bedömer att det finns möjligheter att ytterligare stödja arbetsgivare inom offentlig sektor. Bland annat mot den bakgrunden har regeringen beslutat att stödja kommunerna genom att en plan med förslag på åtgärder för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder skall utarbetas. Tio olika myndigheter skall i samverkan utarbeta en gemensam plan som skall redovisas till regeringen senast den 31 maj 2004.

5.1.2 Stimulansbidrag till fortbildning

Sammanfattning och bedömning: Många arbetsledare och biståndsbedömare saknar i dag högskoleutbildning. Staten har genom stimulansbidrag gjort en särskild satsning på fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare inom äldreomsorgen för att höja kompetensen för dessa personalgrupper. Under två år har kurser för drygt 5 600 anställda inletts.

Socialstyrelsens bedömning är att fortbildningssatsningen gett goda resultat och erfarenheter. Dessa insatser bör ligga till grund för en fortsatt utveckling av reguljära och långsiktigt hållbara former för lärande.

Kommuner och vårdföretag har huvudansvaret för personalens kompetensutveckling.

Regeringen anser att det är viktigt att fortbildningen för arbetsledare och biståndsbedömare inte blir en engångshändelse utan att den bör ses som en långsiktig strategi för kontinuerlig utveckling av både personal och arbetsformer inom äldreomsorgen.

Regeringen bedömer att kommunerna behöver fortsätta med fortbildningssatsningar för att höja kompetensen hos arbetsledare och biståndsbedömare för att möta de ökade krav som verksamheten ställer på arbetsledarfunktionen.

Via ett stimulansbidrag på totalt 210 miljoner kronor, som utgick till kommunerna under åren 1999–2001, gjordes satsningar på fortbildning av förtroendevalda, arbetsledare samt biståndsbedömare. Av medlen har

totalt 2 miljoner kronor avsatts för utbildning av förtroendevalda. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att besluta om fördelning av medlen, följa upp och utvärdera fortbildningsinsatserna.

Skr. 2002/03:30

Fortbildning för förtroendevalda

Skälet till att satsa på utbildning av förtroendevalda var de förändringar som skett inom äldreomsorgen och som ställer nya och högre krav på ledningen av verksamheten. Fortbildningsinsatserna avsåg att ge de förtroendevalda möjlighet att få del av de samlade erfarenheterna och få nya kunskaper inom äldreområdet.

Under år 2000 genomfördes sex regionala konferenser arrangerade av Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Under år 2001 genomfördes dessutom fyra seminarier med inbjudna politiker och forskare kring fyra teman – prioriteringar, kvalitet, FoU-verksamhet samt politikerrollen i äldreomsorgen. Seminarierna och delar av intervjuer med landstings- och kommunpolitiker har dokumenterats i boken *Vem skall få vad?* en bok om politikerrollen i äldreomsorgen. Syftet är att den skall kunna användas som utbildningsmaterial för blivande och nya förtroendevalda i kommuner och landsting med ansvar för vården och omsorgen om de äldre.

Fortbildning för arbetsledare och biståndsbedömare

Det övergripande syftet med satsningen på fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare har varit att öka kunskaperna i att arbetsleda och handleda personal mot de mål som är uppsatta för verksamheten samt att ge specifika kunskaper om åldrandet. Många arbetsledare och biståndsbedömare saknar högskoleutbildning. Med de ökande kraven på dessa personalkategorier bedömdes att ytterligare satsningar på utbildning och kompetensutveckling behövde göras. Kravet på fortbildningarna var att de skulle uppfylla samma kvalitetskrav som grundläggande högskoleutbildning och därmed berättiga till högskolepoäng.

Socialstyrelsen har genomfört fyra studier för att belysa omfattningen och inriktningen på fortbildningsinsatserna. Studierna har omfattat kommuner och privata vård- och omsorgsföretag, kursdeltagare som slutfört en fortbildningskurs, ett urval högskolor och institutioner som kommuner och kommunförbund har tecknat uppdragsavtal med samt ett urval på femtio kommuner med fast anställda arbetsledare och biståndsbedömare som inte påbörjat eller fullföljt någon fortbildning finansierad med stimulansbidraget.

År 2001 inleddes kurser för drygt 2 600 anställda och under år 2000 för 3 000 anställda med medel ur stimulansbidraget. Den vanligaste kursen har varit ledarskapsutbildning, därefter kurser i dokumentation och handläggning, juridik, pedagogik/handledning, kvalitetsutveckling och ekonomi.

Kommunerna och vårdföretagen är överlag mycket nöjda med fortbildningarna. Däremot är man kritisk till att högskolornas/universitetens kursutbud inte alltid är tillräckligt varierat. Man vill se mer praktiska kurser i stöd/vägledning/kunskap för det vardagliga arbetet som ledare.

Enligt kommuner och vårdföretag omfattar begreppet fortbildning även handledning och personligt stöd till arbetsledarna. Här anser kommunerna att det kommer att krävas mer av samverkan mellan länets kommuner och en ökad integration av de lokala FoU-enheterna och personalens fortbildning.

Kursdeltagarnas uppfattning om fortbildningssatsningen är att den väl svarar mot deltagarnas behov och att den är mycket uppskattad. Av dem som inte fullföljt någon utbildning uppges bl.a. att det varit svårt att kombinera fortbildning med det ordinarie arbetet.

Universitet och högskolor är relativt nöjda med sina insatser. Det har varit lätt att rekrytera elever men utbildningsanordnarna är kritiska mot kursdeltagarnas bristande möjlighet att vara lediga från sitt ordinarie arbete samt att kursdeltagarna har en bristfällig studievana.

Socialstyrelsens slutsats och bedömning är att fortbildningssatsningen har gett goda resultat. Det är viktigt att fortbildningen för arbetsledare och biståndsbedömare inte blir en engångshändelse utan att en långsiktig strategi för kontinuerlig utveckling av både personalens kompetens och arbetsformer tas fram. Äldreomsorgen står inför ett generationsskifte och det ställer krav på en strategisk planering och ökat samarbete mellan kommuner, högskolor, FoU-enheter och vård- och omsorgsföretag.

Regeringen har beslutat att det kvarstående stimulansbidraget även får användas under år 2002 till fortbildning för de aktuella yrkesgrupperna. Socialstyrelsen har fått förlängt uppdrag att följa hur stimulansbidraget används under år 2002. Vid utgången av detta år kommer Socialstyrelsen att redovisa en samlad bedömning av satsningen.

Kommuner och vårdföretag har huvudansvar för personalens kompetensutveckling. Regeringen anser att det är viktigt att fortbildning för arbetsledare och biståndsbedömare inte blir en engångshändelse utan att den bör ses som en långsiktig strategi för kontinuerlig utveckling av både personal och arbetsformer inom äldreomsorgen. Regeringen bedömer att för att möta de ökade krav som verksamheten ställer på arbetsledarfunktionen behöver kommunerna fortsätta med fortbildningssatsningar för att höja kompetensen hos arbetsledare och biståndsbedömare.

5.2 Kvalitetssäkring

Socialtjänstens insatser skall, enligt socialtjänstlagen (SFS 1980:620), vara av god kvalitet och verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Att säkra kvaliteten i omsorgen och vården av äldre kräver insatser inom flera olika områden. Det handlar bl.a. om att säkra personalförsörjningen så att det finns tillräckligt med personal och personal med rätt kompetens, att den enskilde får beslut om sökta insatser, att dokumentationen inom omsorgerna och hälso- och sjukvården är säker, att tydliga rutiner finns och tillämpas, att äldre och deras anförvanter har inflytande över omsorgen och vården. Vidare att det finns tillräckliga läkarinsatser i de särskilda boendeformer som kommunen ansvarar för, att enskilda och deras närstående vet vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål, att personal och andra verkamma inom omsorgen och vården anmäler om missförhållanden uppstår samt att tillsynen över verksamheten fungerar effektivt.

Arbetet med att finna metoder för att utveckla och bedöma kvaliteten inom äldreomsorgen gavs särskild prioritet av regeringen i handlingsplanen. I detta avsnitt redovisas de åtgärder som vidtagits när det gäller kvalitetsarbetet i kommunernas äldreomsorg, Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn, hur den nya lagen om skyldigheten för personal och andra verksamma inom äldreomsorgen att anmäla missförhållanden hittills fungerat, effekterna av förändringar i patientnämndernas (förtroendenämndernas) verksamhet, hur samverkan mellan huvudmännen utvecklats samt frågan om gemensamma nämnder mellan kommun och landsting.

Personalförsörjning och utbildning redovisas i avsnitt 5.

5.2.1 Kvalitetssystem inom äldreomsorgen

Sammanfattning och bedömning: En ny bestämmelse infördes år 1999 i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) med innebörden att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Som vägledning till kommunerna har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade. De flesta kommuner är mycket engagerade i att utveckla kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre men de har kommit olika långt i sitt utvecklingsarbete. Regeringen vill understryka behovet av att arbetet med att utveckla metoder för kvalitetsbedömningar prioriteras.

Sedan några år finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att verksamheten skall vara av god kvalitet och att kvaliteten skall säkras samt föreskrifter och allmänna råd om Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24).

År 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen, 7 a § (nuvarande 3 kap. 3 §), om att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. Det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Lagen kompletterades 1999 med en bestämmelse om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Som vägledning till kommunerna utfärdade Socialstyrelsen allmänna råd om Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS1998:8). Arbetet med att utveckla metoder för kvalitetsbedömningar gavs särskild prioritet.

Socialstyrelsen har följt upp kommunernas arbete med att införa kvalitetssystem. Det genomgående intrycket är att de flesta kommuner är mycket engagerade i att utveckla kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre. Många av de områden som behandlas i de allmänna råden har kommunerna redan system och regler kring, men ofta saknas en sammanställning och samordning av rutinerna.

– *Hantering av synpunkter och klagomål*

En av aspekterna på kvalitet är att äldre och deras anhöriga har inflytande över omsorgen och vården och att deras synpunkter tas tillvara. Under år 2001 har Socialstyrelsen kontaktat ett stort antal kommuner för att kartlägga hur man arbetar i denna fråga. Resultatet visar att många kommuner fortfarande saknar system för att ta emot synpunkter från äldre och deras anhöriga men ett flertal planerar att upprätta någon form av system.

– *Brukarundersökning*

De flesta kommuner har under den senaste tvåårsperioden (våren 2000) genomfört någon form av brukarundersökning. Många olika metoder med skiftande kvalitet används i detta arbete. Som ett stöd för kommunerna att genomföra brukarundersökningar inom omsorgen och vården om äldre har Socialstyrelsen utarbetat en handbok, *Brukarundersökningar inom vård och omsorg till äldre*. Om kommunerna använder de föreslagna frågorna ökar möjligheten att jämföra resultatet mellan olika enheter och kommuner.

– *Garantier*

Ett annat sätt att arbeta med kvalitetsfrågor är att försöka förtydliga vilka insatser som ingår i hemtjänsten eller särskilt boende. Utifrån detta utfärdas garantier på omfattningen av kvaliteten i de insatser som utförs.

– *Äldreomsorgsinspektörer/äldreombudsmän*

I ett tiotal kommuner finns äldreomsorgsinspektörer/äldreombudsmän vars uppgift är att utvärdera de enskilda äldreomsorgsenheternas vård- och omsorgskvalitet samt att vara en kommunikationsväg mellan den äldre, anhöriga och kommunen.

– *Utveckling av yrkesroller*

Flera kommuner arbetar aktivt med att utveckla yrkesrollerna för vårdbiträden och undersköterskor. De har infört ett tydligt kontaktmannaskap med syfte att individualisera vården och ett aktivt deltagande och uppföljningsansvar vid vårdplaneringar.

– *Kost- och nutrition*

Kost- och nutritionsfrågor är ett led i arbetet med att utveckla kvalitetsystem i omsorgen och vården om äldre. Socialstyrelsen har genomfört ett flertal studier inom området. Våren 2002 skickades en enkät ut till landets samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) med frågor som avsåg belysa kommunernas arbete med att utveckla kvaliteter kring

kost och nutrition. Resultatet ger ett positivt omdöme om utvecklingsläget. Kost- och nutritionsfrågor har varit och är föremål för utvecklingsarbete i många kommuner. De flesta kommuner har etablerat rutiner för att t.ex. identifiera, åtgärda och dokumentera insatser beträffande de äldres nutritionsstatus. Rutinerna är mest utvecklade i särskilt boende, därnäst i hemsjukvården och sedan hemtjänsten. Kost- och nutritionsfrågor är komplexa. Att äldre personer inte tillgodogör sig kosten kan bero på många olika faktorer, bl.a. underliggande somatiska sjukdomar, munhälsa, demenssjukdomar samt läkemedelsbehandling. Det är ett viktigt område för kompetensutveckling av personalen. En fortsatt utveckling av området genom att förstärka rutiner för uppföljning och kvalitetskontroll i verksamheten är av stor vikt.

Det är av stor vikt att alla dessa aspekter tas till vara vid sidan av det kvalitetssäkringsarbete som utgår från mätbara kriterier.

Det är också viktigt att synpunkter och möjligheter att klaga tydligt tas emot, tas på allvar och att man känner att det leder till förbättringar.

Särskilda projekt

Regeringen har beviljat särskilda stimulansbidrag till femton projekt med inriktning på kvalitetsutveckling. De särskilda projekten redovisas under rubriken Stimulansbidrag till nya försök och initiativ på sid. 50.

Inrättande av kvalitetssystem är ett mer tekniskt och mätbart sätt att förhålla sig till kvalitet. Upplevelse av kvalitet har dock främst att göra med medmänsklighet, empati och förhållningssättet mellan människor. Hur saker och ting görs och vilket bemötande människor får kan vara det som i hög grad upplevs som kvalitet av människor som kommer i kontakt med äldreomsorgen. För vårdtagare och anhöriga är bemötande, flexibilitet och engagemang centralt för upplevelse av kvalitet. För personalen handlar det t.ex. om hur man mår på arbetet, trivsel, tid för pauser, möjlighet till handledning och medbestämmande.

De flesta kommuner är mycket engagerade i att utveckla kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre men de har kommit olika långt i sitt utvecklingsarbete. Regeringen vill understryka behovet av att arbetet med att utveckla metoder för kvalitetsbedömningar prioriteras.

Sammanfattning och bedömning: Syftet med den statliga tillsynen är att den bedrivs målinriktat, lagenligt och med god kvalitet.. Ytterst är det kommunernas ansvar att äldre personer och personer med funktionshinder ges en god omsorg och bemöts på ett värdigt sätt. Staten har i anslutning till beslutet om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken tillfört ytterligare medel till Socialstyrelsen och länsstyrelserna för att förstärka tillsynen inom vård och omsorg om äldre. Mer personal med kompetens inom äldreomsorgen har anställts för tillsyn och fler och fördjupade tillsynsåtgärder har genomförts. De båda tillsynsmyndigheterna har utvecklat samverkan för gemensamma insatser i tillsynsfrågor.

Från och med år 2002 har länsstyrelserna getts utökade möjligheter att bedriva en effektiv tillsyn, bl.a. genom rätten att meddela föreläggande för att komma till rätta med missförhållanden även i kommunalt driven hemtjänst och särskilda boendeformer för äldre och för personer med funktionshinder.

Regeringen bedömer att tillsynen behöver skärpas ytterligare och att de båda tillsynsmyndigheterna i ökad utsträckning bör samordna sina insatser. Tillsynen måste inriktas på att säkra kvalitet och kompetens i vården och omsorgen så att de äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras. Antalet besök och inspektioner behöver öka för att det skall gå att få en bättre bild av kvaliteten inom vård och omsorg i landet. Därför har regeringen i budgetpropositionen för år 2003 föreslagit att länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tillförs sammanlagt 50 miljoner kronor för att anställa äldre- skyddsombud. Regeringen bedömer att medelsförstärkningen sammantaget motsvarar närmare 100 äldreskyddsombud.

Syftet med den statliga tillsynen är att den bedrivs målinriktat, lagenligt och med god kvalitet. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ett gemensamt ansvar för statens tillsyn över socialtjänsten. Regeringen har i flera sammanhang framhållit att tillsynsverksamheten generellt sett bör effektiviseras och prioriteras.

Regeringen gav år 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta med kvalitetsutveckling och förstärkt tillsyn av omsorgen och vården av äldre och personer med funktionshinder. Samtidigt tillfördes Socialstyrelsen 5 miljoner kronor för att utöka de regionala tillsynsenheterna. Arbetet skulle ske i samarbete med länsstyrelserna. För att ytterligare förstärka tillsynen tillfördes Socialstyrelsen och länsstyrelserna 20 miljoner kronor från och med år 1999. Avsikten med satsningen var att antalet besök och inspektioner skulle öka. Målet är att varje kommun och landsting skall granskas minst vart femte år. Särskilt viktigt är att utvärdera och följa upp överenskommelser om samverkan mellan kommuner och landsting.

Medlen har använts dels för en utökning av tillsynspersonal med kompetens inom äldre vården och dels till fler och fördjupade tillsynsåtgärder. Exempel är att samverkan mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna intensifierats genom gemensamma insatser i enskilda ärenden, handböcker för tillsynen över särskilt boende för äldre har tagits fram samt ett antal utbildningar i tillsynsfrågor har arrangerats.

Landshövdingarna och Socialstyrelsens generaldirektör beslutade år 1999 att genomföra ett gemensamt projekt för att utveckla ett nationellt program för social tillsyn. Programmet gäller fr.o.m. år 2001. Syftet är att långsiktigt stärka den nationella och länsstyrelsernas tillsyn över socialtjänsten genom att effektivisera och utveckla samverkan mellan de båda myndigheterna. Det övergripande målet är att förbättra tillsynen som ett medel för att förändra och utveckla socialtjänsten.

I Socialstyrelsens Årsredovisning 2001 rapporteras att 252 Lex Maria-anmälningar och 152 anmälningar från enskilda som avser den kommunala hälso- och sjukvården inkommit. Jämfört med år 1999 är omfattningen oförändrad men det har skett en ökning sedan år 2000. Bristerna avsåg bl.a. olämpligt utformade rutiner och metoder för vårdarbetet, brister i vården och behandlingen av patienter och brister i samverkan mellan vårdgivare. De regionala tillsynsenheterna har gemensamt med länsstyrelserna granskat vissa verksamheter. Bland annat har hemsjukvården granskats i sju län samt tio särskilda boenden som drivs av enskilda vårdgivare har granskats i ett annat län.

Att bedöma vilka effekter som tillsynen har för utvecklingen av vårdkvalitet och säkerhet inom äldreomsorgen är svårt enligt Socialstyrelsen. De brister som kommit fram i samband med tillsyn har i regel åtgärdats tillfredställande. Dessutom har olika initiativ tagits från Socialstyrelsen för att åtgärda brister. Bl.a. har insatser genomförts för att förbättra samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och den kommunala vården när det gäller informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

I årsrapporten Social tillsyn 2001 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn har Socialstyrelsen och länsstyrelserna sammanställt resultatet av den sociala tillsynen på nationell nivå.

Länsstyrelserna har genomfört verksamhetstillsyn i 193 kommuner och vid 37 tillståndspliktiga verksamheter under året. I 36 procent av samtliga verksamhetsgranskningar har man funnit brister. Det tillsynsområde inom vilket länsstyrelserna fann flest brister avsåg ej verkställda beslut och domar vilket gäller för 102 kommuner. I detta fall har länsstyrelserna tillsammans med Socialstyrelsen granskat samtliga kommuner i landet.

Utökade befogenheter för länsstyrelserna

För att förtydliga att det är länsstyrelserna som har tillsyn över den socialtjänst som kommuner och enskilda bedriver samt rollfördelningen mellan de båda tillsynsmyndigheterna infördes ett förtydligande i den nya socialtjänstlagen 2002. Samtidigt skärptes länsstyrelsernas möjlighet att utöva tillsyn genom att de gavs rätt att ingripa även mot vissa kommunala verksamheter. Länsstyrelserna har även tidigare haft möjlighet att meddela föreläggande för att komma till rätta med missförhållanden i framför allt enskilt driven verksamhet. De har också kunna stänga verksamhet om missförhållandena inte åtgärdats. Från och med år 2002 gäller detta även för kommunal verksamhet i den del den utgörs av hemtjänst eller särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionshinder. Bestämmelserna kom till för att få till stånd en mer effektiv tillsyn av offentlig verksamhet. Regeringen har samtidigt uttalat att en stärkt och utvecklad tillsyn kräver utökad samordning och samverkan mellan tillsynsmyndigheterna Socialstyrelsen och länsstyrelserna.

Regeringen bedömer att tillsynen behöver skärpas ytterligare och att de båda tillsynsmyndigheterna i ökad utsträckning bör samordna sina insatser. Tillsynen måste inriktas på att säkra kvalitet och kompetens i vården och omsorgen så att de äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras. Antalet besök och inspektioner behöver öka för att få en bättre bild av kvaliteten inom vård och omsorg i landet. Därför har regeringen i budgetpropositionen för 2003 föreslagit att länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tillförs sammanlagt 50 miljoner kronor för att anställa äldreskyddsombud. Regeringen bedömer att medelförstärkningen sammantaget motsvarar närmare 100 äldreskyddsombud.

5.2.3 Anmälan om missförhållanden

Sammanfattning och bedömning: För att öka rättssäkerheten för äldre i vård och omsorg och för att säkra kvaliteten i dessa verksamheter infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) den 1 januari 1999 som ger personal och andra verksamma inom vården och omsorgen om äldre skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden. Antalet anmälningar har successivt ökat sedan lagändringen beslutades. Det gäller såväl inom kommunala som enskilt bedrivna verksamheter. Socialstyrelsen bedömer i sin utvärdering att lagen har ökat rättssäkerheten för den enskilde och personer som har vård och omsorg har därmed fått en tryggare situation.

Regeringen anser att det är oacceptabelt med missförhållanden inom äldreomsorgen och att åtgärder bör vidtas för att komma till rätta med dessa. Anmälningsskyldigheten är ett instrument för kvalitetssäkring och inte ett instrument för att ställa anställda till svars för tillkortakommanden. Regeringens bedömning är att informationen till anställda om bestämmelsen om anmälningsskyldigheten i socialtjänstlagen och syftet med bestämmelsen behöver öka. Regeringen avser att fortlöpande följa tillämpningen av lagen.

I Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531, 2 kap. 7 §, LYHS) finns en anmälningsskyldighet för personal och vårdgivare inom hälso- och sjukvården. Anmälan skall göras då en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom i samband med undersökning, vård eller behandling. Någon motsvarande anmälningsskyldighet fanns inte tidigare i socialtjänstlagen. För att ytterligare säkra kvaliteten i omsorgen och vården av äldre infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen fr.o.m. den 1 januari 1999 om skyldighet för personal och andra verksamma inom vård och omsorg om äldre att anmäla allvarliga missförhållanden, den s.k. Lex Sarah. I 14 kap. 2 § SoL (tidigare 71 a §) åläggs var och en som är verksam inom omsorger om äldre människor och människor med funktionshinder ett personligt ansvar att vaka över att enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Om allvarliga brister eller missförhållanden uppmärksammas finns en skyldighet att skyndsamt anmäla detta till socialnämnden eller annan ansvarig. Den verksamhetsansvarige skall utan dröjsmål rätta till missförhållandet. Om

detta inte sker har socialnämnden eller den ansvarige skyldighet att anmäla bristen till tillsynsmyndigheten. Anmälningsskyldigheten är inte förenad med någon sanktion för den som inte fullgör anmälningsplikten. Syftet med bestämmelsen är i första hand att komma till rätta med missförhållanden och att anmälningsskyldigheten skall vara till stöd för personal och andra verksamma att göra anmälan utan rädsla för repressalier.

Till stöd för kommunerna har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av lagen (SOSFS 2000:5).

Fler anmälningar

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har på regeringens uppdrag följt upp hur den nya lagen, föreskrifter och allmänna råd tillämpats i kommunerna sedan lagen trädde i kraft. Myndigheterna har undersökt hur många anmälningar som gjorts, vad de gällt och vilka åtgärder som vidtagits. Vidare har granskats om skriftliga instruktioner finns samt om personalen informerats om anmälningsplikten.

Ett relativt litet antal anmälningar gjordes under år 2000 medan antalet anmälningar var betydligt fler år 2001. Förklaringen torde vara att i stort sett samtliga kommuner och enskilda verksamheter har utarbetat instruktioner och informerat personalen om hur lagen skall tillämpas. Totalt gjordes 893 Lex Sarah-anmälningar under år 2001 varav 819 (92 procent) från 138 kommuner och 74 (8 procent) från 20 enskilda verksamheter. Socialstyrelsen erinrar om att antalet anmälningar i enskild verksamhet i förhållande till det totala antalet anmälningar i stort sett överensstämmer med dess andel på cirka 10 procent av den samlade äldreomsorgen i riket.

Flertalet av anmälningarna (85 procent) gäller personer som är 65 år och äldre varav 37 procent gäller män och 63 procent kvinnor. De anmälda missförhållandena gäller såväl övergrepp som brister i omsorgerna. Både för män och kvinnor var övergrepp vanligast. Män utsätts främst för fysiska övergrepp medan kvinnor utsätts för ekonomiska men även för fysiska övergrepp. Anmälda brister är av betydligt mindre omfattning än övergreppen. Det handlar framförallt om bristande tillsyn både för män och kvinnor. Det kan finnas en viss risk för att anmälningar om missförhållanden inte görs p.g.a. rädsla och osäkerhet hos personalen då anmälan kan handla om en arbetsledare eller arbetskamrat. Det är därför viktigt att klargöra att anmälningsplikten skall vara ett stöd för personalen och andra verksamma och för att minska risken för repressalier bör riktlinjer och rutiner vara utformade så att anmälaren skyddas.

Kommunernas åtgärder för att komma till rätta med missförhållandena är både långsiktiga och/eller akut riktade direkt till personalen. Långsiktiga åtgärder är dubbelt så vanligt som akuta åtgärder och består i huvudsak av information/dialog, utbildning av personal och översyn av arbetsrutiner. Den vanligaste akuta åtgärden var polisanmälan Nästan 80 procent av samtliga anmälningar har åtgärdats av kommunerna och de enskilda verksamheterna. Om åtgärder inte vidtagits inom en vecka skall länsstyrelsen underrättas om detta. 30 anmälningar (3 procent) gjordes till länsstyrelserna varav 17 gällde övergrepp och 13 brister i omsorgerna.

Socialstyrelsens slutsats är att lagen har ökat rättssäkerheten för den enskilde genom att den bidragit till en uppstramning av arbetsrutiner och ökad uppmärksamhet på missförhållanden och situationer som kan leda till missförhållanden. Personer som har insatser från äldreomsorgen har därmed fått en tryggare situation. Det går inte att utläsa av antalet anmälningar exakt hur många personer som utsatts för allvarliga missförhållanden. En anmälan kan gälla både en person och hela verksamheter. Det är inte heller självklart att varje anmälan verkligen avspeglar ett allvarligt missförhållande.

Anmälningarna kan ibland peka ut mer allmänna brister i kommunernas vård och omsorg som exempelvis avsaknad av tydliga mål, bristfällig tillgång till arbetsledare, brist på kompetent personal samt brister i organisation och arbetsrutiner. Socialstyrelsen understryker vikten av återkommande dialog, tydliga arbetsrutiner och information samt en närvarande arbetsledning för en säker vård och omsorg. Socialstyrelsen bedömer att de utfärdade föreskrifterna och allmänna råden har hjälpt kommunerna att tolka begrepp och skapa klarhet beträffande i vilka situationer den anställde är skyldig att göra en anmälan.

Socialstyrelsen avser att bygga upp ett system för årlig rapportering av antalet Lex Sarah-anmälningar.

Regeringen anser att det är oacceptabelt med missförhållanden inom äldreomsorgen och att åtgärder bör vidtas för att komma till rätta med dessa. Anmälningsskyldigheten är ett instrument för kvalitetssäkring och inte ett instrument för att ställa anställda till svars för tillkortakommanden. Regeringens bedömning är att informationen till anställda om bestämmelsen om anmälningsskyldighet i socialtjänstlagen och syftet med bestämmelsen behöver öka. Regeringen avser att fortlöpande följa tillämpningen av lagen.

5.2.4 Förtroendenämnder – Patientnämnder

Sammanfattning och bedömning: Den 1 januari 1999 ersattes lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. av lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet. Patientnämnderna är opartiska instanser som är obligatoriska i varje kommun och landsting. Uppgiften är att stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen kommer det relativt få ärenden till patientnämnderna som rör den kommunala vården. Socialstyrelsens bedömning är att det troligen beror på att information om nämndernas verksamhet inte i tillräcklig grad nått ut till patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Patientnämnderna har en viktig funktion för att höja kvaliteten och öka rättssäkerheten inom äldreomsorgen. Regeringens bedömning är att det är viktigt att informationen till berörda målgrupper om patientnämndsverksamheten utökas.

I regeringens proposition Stärkt patientinflytande (prop.1998/99:4) föreslogs åtgärder för att i olika avseenden stärka patientens ställning i

hälso- och sjukvården. Riksdagen beslutade i enlighet med regeringens proposition. Beslutet innebar att en ny lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ersatte lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Nämndernas arbetsområde utvidgades till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. Utvidgningen utgick från de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som anger kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar, och avser allmän omvårdnad som inte anses vara hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. De nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 1999.

Bakgrunden till de nya bestämmelserna var den omstrukturering som under 1990-talet pågick inom hälso- och sjukvården och som medförde att de ärenden som nådde de dåvarande förtroendenämnderna i ökad utsträckning rörde instanser som både landsting och kommuner svarade för. Regeringen bedömde att det fanns behov av förtroendenämnder som kunde arbeta med problem i vården oavsett huvudmannaskap.

Patientnämnderna är obligatoriska i varje landsting och kommun. Dess uppgifter är att utifrån synpunkter och klagomål som kommer till nämndens kännedom stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Detta skall ske genom att nämnderna:

- hjälper patienter att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården,
- främjar kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- hjälper patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
- rapporterar iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utifrån patientnämndernas årliga verksamhetsredogörelse redovisa effekterna av förändringarna i patientnämndernas verksamhet för regeringen. Socialstyrelsen rapporterar att de flesta av landets kommuner har överlåtit patientnämndverksamheten till sitt landsting och trenden de senaste två åren har varit att allt fler kommuner valt den lösningen. Det finns även enstaka kommuner som har egna patientnämnder, men som överlåtit den operativa delen till landstingets patientnämnd. År 2001 fanns 21 kommuner som valt att inrätta egna patientnämnder. Bland dessa fanns både stora kommuner och små glesbygdskommuner.

Det kommer få ärenden till patientnämnderna från den kommunala vården. Detta kan jämföras med ärendena som inkommer till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, av vilka förhållandevis fler är från den kommunala hälso- och sjukvården än från övrig hälso- och sjukvård. Detta bör, enligt Socialstyrelsen, möjligen föranleda patientnämnderna att se över hur informationen om patientnämndsverksamheten når ut till patienter, anhöriga och vårdpersonal inom den kommunala vården. Det kan finnas en viss risk för att anmälningar inte görs till patientnämnderna p.g.a. rädsla för att personen som vårdas skall bemötas negativt.

Patientnämnderna har en viktig funktion för att höja kvaliteten och öka rättssäkerheten inom äldreomsorgen. Regeringens bedömning är att det är viktigt att informationen till berörda målgrupper om patientnämndsverksamheten utökas.

Sammanfattning och bedömning: Brister i samverkan mellan kommuner och landsting har funnits såväl före som efter Ädelreformens genomförande, vilket har lett till ojämn kvalitet, försämrade kontinuitet i samhällets insatser och därmed också otrygghet för berörda personer. Regeringen tillförde resurser till kommuner och landsting för att öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare samt för att förbättra samverkan mellan huvudmännen för att tillgodose olika behov av vård och omsorg.

Socialstyrelsen redovisar i sin uppföljning att samverkansavtal finns i cirka hälften av kommunerna. I avtalen regleras framför allt läkarmedverkan i särskilda boenden. Läkarstödet har förbättrats framför allt i det särskilda boendet. Det finns dock fortfarande brister i överföring av information från sjukhus till primärvård och kommunal omsorg vid utskrivning från sjukhus. När det gäller rehabilitering för äldre försvårar resursbrist och otydlig ansvarsfördelning, såväl mellan huvudmännen som mellan enheter och befattningshavare inom samma huvudman, möjligheten att göra bedömningar och insatser utifrån ett helhetsperspektiv. Vården i livets slutskede har utvecklats i många kommuner och utvecklingsarbetet fortsätter för att komma till rätta med kvarvarande kvalitetsbrister.

Kommunerna och landstingen har ansvar för att se till att samverkan kommer till stånd så att önskvärda förbättringar av vården och omsorgen kan ske. Olika åtgärder måste komplettera och stödja varandra så att den enskilde kan vara förvissad om att få bästa möjliga vård. Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen i december 2002 som innebär utökade möjligheter för kommuner och landsting att samverka inom vård- och omsorgsområdet.

Som tidigare har nämnts har förändringarna av huvudmannaskapet som genomfördes i början av 1990-talet lett till betydelsefulla förbättringar för äldre personer med vård- och omsorgsbehov. Istället för långtidsvård vid sjukhus och sjukhusliknande långvårdsavdelningar för äldre personer, som var vanligt förekommande under 1970- och 80-talen, kan i dag äldre personer med behov av vård och omsorg i betydligt större omfattning få behoven tillgodosedda integrerat i eget boende och vardagsliv.

Uppföljningar av Ädelreformen har dock visat på vissa gränsdragningsproblem och brister i samverkan mellan kommuner och landsting, vilket har lett till ojämn kvalitet, försämrade kontinuitet i samhällets insatser och därmed till otrygghet för berörda personer. Bland annat har de medicinska insatserna, framför allt när det gäller läkarinsatser inom särskilda boendeformer och inom hemsjukvården, varit bristfälliga. Problem har även funnits när det gäller utskrivning av s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter från den slutna vården, där ansvaret mellan slutna vård, öppen vård och den kommunala vården och omsorgen har varit oklart. Detta drabbar särskilt äldre personer med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken konstaterades behov av att kommuner och landsting vidtog åtgärder för att förbättra

samverkan i syfte att åstadkomma en högre kvalitet i vården och omsorgen. Regeringen ansåg att resurstillskottet i form av höjningen av statsbidragen skulle ge ökade förutsättningar för kommuner och landsting att vidta nödvändiga förbättringar inom området. Behov som pekades ut var bl.a. en ökad läkarmedverkan inom den kommunala primärvården och att ansvaret för s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter, vilket regleras i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, skulle förtydligas.

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet inledde under våren 2000 ett gemensamt projekt med syfte att underlätta, stödja och påskynda utvecklingen i kommuner och landsting av samarbetet kring medicinskt färdigbehandlade patienter. Projektet omfattade både somatisk och psykiatrisk vård. I rapporteringen av uppdraget föreslås bl.a. att termen medicinskt färdigbehandlad byts ut mot utskrivningsklar, vilket skall avse en patient som av den ansvarige läkaren bedömts inte längre vara i behov av slutenvård. Förslaget innebär också att kommunernas betalningsansvar för utskrivningsklara patienter skall uppstå först då en vårdplan har upprättats vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrik eller psykiatrisk slutenvård. Förslaget behandlas i propositionen om utökade möjligheter för kommuner och landsting att samverka inom vård- och omsorgsområdet som regeringen har lämnat till riksdagen i december 2002.

Bättre läkarstöd

Socialstyrelsens uppföljningar visar att det under de senaste åren har skett förbättringar av samverkan mellan huvudmännen på vissa områden. När det gäller läkarinsatser inom den kommunala vården och omsorgen har ungefär hälften av kommunerna centrala övergripande samverkansavtal för att säkerställa läkarmedverkan och i ungefär samma utsträckning lokalt anpassade avtal. Förekomsten av samverkansavtal har bl.a. lett till en förbättring av läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen, framför allt när det gäller det särskilda boendet.

Fortsatta brister i samverkan

Det finns dock fortfarande brister när det gäller samverkan mellan huvudmännen. Bland annat fungerar inte överföringen av information från sjukhus till primärvård och kommunal omsorg vid utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter optimalt. Vidare finns brister när det gäller rehabiliteringsinsatser för äldre personer. Rehabiliteringspersonalen är vanligtvis inte delaktig i biståndsutredning eller vårdplanering vilket gör att deras kompetens inte kommer de äldre till godo fullt ut. Rehabiliteringsinsatserna sätts ofta in för sent och uppföljningen av insatserna brister. Problemen beror bl.a. på det delade huvudmannskapet för hälso- och sjukvården. När det gäller samverkan mellan huvudmännen lyfter Socialstyrelsen sammanfattningsvis fram behovet av en bredare syn på samverkan, då de äldres ofta komplexa, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg kräver en samlad kompetens.

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) anger regeringen åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Huvudförslaget är att stärka primärvården i landstingen och primärvården i kommunerna för de äldre och därigenom minska den nuvarande obalansen mellan primärvårdens åtagande och dess resurser. För att påskynda utvecklingen innehåller planen bl.a. utvecklingsavtal som slutits mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, som anger åtgärder och inriktning i linje med regeringens handlingsplan.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera handlingsplanen. I augusti 2002 presenterades en första årsrapport, Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Årsrapport 2002. Rapporten innehåller en sammanställning och analys av ambitionerna i landstingens lokala handlingsplaner. Av planerna framgår hur de områden som lyfts fram i den nationella handlingsplanen och utvecklingsavtalet skall anpassas och förverkligas på landstingsnivå. Sammanställningarna visar bl.a. att när det gäller primärvården så har landstingen särskilt prioriterat tillgänglighet, läkarförsörjning och äldre-vård. Samverkan med kommunerna vid vård och omsorg om äldre är ett område som det läggs stor vikt vid i de lokala handlingsplanerna. Socialstyrelsen rapporterar att det av de lokala handlingsplanerna framgår att landstingen tillsammans med kommunerna arbetar för att systematisera samverkan genom samarbetsavtal, gemensamma vårdprogram, informationsöverföring och genom att utveckla samsyn om vad som är vårdkvalitet, såväl i medicinska insatser som i insatser av omvårdnads-karaktär.

5.2.6 Gemensamma nämnder

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken påtalade regeringen att det fanns skäl att skapa ytterligare förutsättningar för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar för verksamheter inom vård och omsorg som man finner bäst gagnar samordning och samverkan. Det beslutades därför att se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet. Regeringen tillsatte i maj 1999 en utredning, som antog namnet Samverkansutredningen (dir. 1999:42) med uppdrag att beskriva och analysera de problem som finns i samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Utredningen skulle lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting för angivna områden. Utredningens förslag skulle utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av huvudmannskapet. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. till regeringen i november 2000. Betänkandet innehöll bl.a. förslag om att landsting och de kommuner som ingår i landstinget skall få befogenhet att bilda en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet. En möjlighet för ett landsting och de kommuner som ingår i landstinget att samverka i en gemensam nämnd inom vård- och

omsorgsområdet skulle kunna underlätta en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna.

Regeringen vill sammanfattningsvis slå fast att kommuner och landsting har ansvar för att se till att samverkan kommer till stånd så att önskvärda förbättringar av vården och omsorgen kan ske. Olika åtgärder måste komplettera och stödja varandra så att den enskilde kan vara förvissad om att få bästa möjliga vård. Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen i december 2002 som innebär utökade möjligheter för kommuner och landsting att samverka inom vård- och omsorgsområdet. I propositionen föreslås ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen). Uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad” föreslås ersättas av ”utskrivningsklar”. Förslaget innebär huvudsakligen att kommunerna blir betalningsansvarig för en utskrivningsklar patient först sedan en vårdplan upprättats.

5.3 Forskning

Forskningen om äldre är av begränsad omfattning i förhållande till de behov av kunskap som finns inom området. Det saknas analyserande, förklarande och teoriprovande forskning. Det finns också ett mycket stort behov av långsiktig kunskapsuppbyggnad när det gäller teorier, metoder och tillämpning. Äldreforskningen tillfördes 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år 2000 och 30 miljoner kronor årligen fr.o.m. år 2001.

Sammanfattning: Regeringen har avsatt medel för att öka omfattningen av forskning inom äldreområdet

Intresset för regional FoU-verksamhet är stort bland kommuner och landsting. Två nationella forskningsinstitut har inrättats med uppgift att bedriva forskning och forskarutbildning samt svara för uppbyggnaden av nätverk mellan forskare. Fyra huvudmän har byggt upp vertikala områdesdatabaser inom äldreområdet för att få fortlöpande och kvalificerad uppföljning av verksamheten inom vården och omsorgen om de äldre (SNAC). Femton regionala forsknings- och utvecklingscentrum har tilldelats stimulansbidrag för kompetensutveckling inom äldreområdet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp FoU-centrumens verksamhet och erfarenheter. Nya samverkansformer mellan huvudmännen har utvecklats samtidigt som strukturer och relationer växer fram mellan kompetenser inom universitet/högskola och den praktiska äldreomsorgen och vården.

Att bygga upp regionala FoU-verksamheter är en långsiktig process och regeringen har beslutat att ge fortsatt stöd till uppbyggnaden av FoU-centrum.

I takt med det ökande antalet äldre i befolkningen växer också betydelsen av forskning kring åldrandet och de äldres villkor i samhället. En viktig del av äldreforskningen är forskningen om vård och omsorg för de äldre. I den nationella handlingsplanen konstaterade regeringen att framför allt äldreomsorgsforskningen har haft en mycket ojämn täckning inom olika delområden. Inom många viktiga områden har verksamhet nästan helt och hållet saknats. Forskningen om äldre bedömdes ha alltför begränsad omfattning i landet i förhållande till de mycket stora behov av kunskap som finns inom området. Regeringen föreslog därför att äldreforskningen skulle förstärkas med 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år 2000 och 30 miljoner kronor årligen fr.o.m. år 2001.

Dåvarande Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), fick i september 1998 regeringens uppdrag att utarbeta ett program för den nationella forskningen inom äldreområdet, som skulle ligga till grund för strategiska ställningstaganden från berörda intressenter. SFR fastställde ett program i december 1998. I mars 2000 beslutade SFR att anslå medel för inrättandet av två nationella forskningsinstitut, det ena vid Linköpings universitet (Tema Äldre och åldrande) och det andra i Stockholm (Ageing Research Center) där Stockholms universitet och Karolinska institutet är huvudmän. Syftet med forskningsinstituten är att äldreforskningen ska få en fast förankring inom universiteten och att den därmed ska blir mer synlig, inspirerande och skapa förutsättningar för en nyrekrytering av forskare inom området. De nationella forskningsinstitutens uppgifter är att bedriva forskning och forskarutbildning samt att svara för uppbyggnaden av nätverk mellan forskare.

Vid Tema Äldre och åldrande i Linköping studeras bl.a. "samspelet mellan åldrandets kulturella, sociala, medicinska, hälsomässiga och tekniska innebörder i ett föränderligt samhälligt sammanhang". Institutet kommer att analysera äldres roll och delaktighet i samhället. Aspekter inom medicin, vård och omsorg ska uppmärksammas som en del av äldres livsvillkor.

Vid Ageing Research Center i Stockholm arbetar man inom tre områden; medicinsk epidemiologi, psykologi och socialgerontologi. Inom dessa områden drivs en mängd projekt, av vilka kan nämnas:

- Riskfaktorer för demens,
- Läkemedelsanvändning och biverkningar,
- Hälsans betydelse för kognition i normalt åldrande,
- Könsskillnader i kognition, samt
- Socioekonomisk status och dödlighet.

Satsning på regionala äldrecentrum och försöksområden

I handlingsplanen redovisades behov av att stödja regional och lokal forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreomsorgen. Två ansatser bedömdes särskilt angelägna; dels en utveckling av försöksområden där vården och omsorgen noggrant följs upp, analyseras och vidareutvecklas från ett helhetsperspektiv, dels försöksverksamheter med inriktning på att utveckla vårdkvalitet.

Ett genomgående drag när det gäller forskning inom vården och omsorgen om de vårdbehövande äldre har varit bristen på resultat som beskriver sammanhang och helhet. Det mesta av den forskning som har bedrivits belyser enbart avgränsade aspekter på äldreomsorgssystemet. Möjligheterna är mycket begränsade när det gäller att med hjälp av denna information besvara frågor om hur väl äldreomsorgen täcker behoven, hur den bedrivs, hur resurserna används och vilket resultat insatserna ger. I samband med den nationella handlingsplanen beslutade därför regeringen att bevilja fyra huvudmän – Gerontologiskt centrum, Landstinget i Skåne län (Region Skåne), Primärvårdens FoU-enhet i Nordanstig och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum – stimulansbidrag för uppbyggnad av vertikala områdesdatabaser inom äldreområdet. Databaserna syftar till att beskriva och över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg samt hur dessa behov tillgodoses genom insatser av anhöriga, kommun och landsting. Sammanlagt anslogs 10 miljoner kronor år 2000 och 10 miljoner kronor år 2001 för uppbyggnaden av de vertikala områdesdatabaserna. En förutsättning för regeringens stöd var att en motsvarande summa ställdes till förfogande av engagerade kommuner och landsting eller via forskningsstiftelser.

En viktig förutsättning vid uppbyggnaden av områdesdatabaserna var att dessa byggdes upp med en gemensam, över tiden stabil metodik, som skulle möjliggöra relevanta, rättvisande jämförelser såväl mellan de olika områdena som över tiden. Uppbyggnaden av de regionala databaserna har därför föregåtts av ett omfattande, gemensamt förberedelsearbete. Förberedelsearbetet avslutades våren 2001 och arbetet med att samla in data har sedan satts i gång i samtliga områden. För koordinering av arbetet inom de olika deltagande områdena har det skapats en gemensam projektorganisation – *SNAC, the Swedish National Study on Ageing and Care* – och en samordningsgrupp i vilken ingår ordförande samt tre personer från respektive huvudman.

Insamlandet av data inom ramen för SNAC-projektet görs utifrån två perspektiv. *Befolkningsperspektivet* är inriktat på att över tiden följa ett urval av personer från 60 år och uppåt i syfte att studera åldrandet och uppkomsten av vårdbehoven i sitt biologiska, ekonomiska och sociala sammanhang. *Vårdsystemperspektivet* syftar till kontinuerlig uppföljning av hela den äldre befolkningens vårdkontakter, akuta såväl som långvariga. Denna datainsamling är utformad så att den också skall tillfredsställa vårdhuvudmännens behov av en fortlöpande, kvalificerad uppföljning av vården och omsorgen om de äldre. Insamlade data kommer även att kunna ligga till grund för olika kostnadsberäkningar. Genom ansatsen att samtidigt studera befolkning och vårdsystem blir det vidare möjligt att i olika avseenden jämföra de som får vård och omsorg med övriga äldre.

Regionala FoU-centrum

I samband med den nationella handlingsplanen beslutade regeringen att fördela stimulansbidrag för uppbyggnad av regionala forsknings- och utvecklingscentrum inom äldreområdet. Syftet med stödet var att få till stånd en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad för att främja

hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande. Som angelägna områden för forskning och utveckling nämndes det praktiska vård- och omsorgsarbete, arbetsledning, alternativa vårdmodeller, boendeformer samt former för samverkan i vårdkedjan. En av förutsättningarna för att kunna erhålla stimulansbidrag inom detta område var samverkan mellan kommuner och landsting.

Sammanlagt 37 miljoner kronor har under åren 1999–2001 fördelats på 15 regionala forsknings- och utvecklingscentrum. De 15 huvudmännen är: Dalarnas forskningsråd, FUXÄ-Gävleborg, FoU i Väst Göteborg, Äldreväst Sjuhärad, Hallands FoU-enhet för äldre- och handikappomsorg, Luppen Jönköpings län, FoU-Kronoberg, FoU Piteå Älvdal, Malmö FoU-enhet för äldre, Kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldrevård Älvsjö, Äldreforskning Nordväst Järfälla, FoU-centrum äldre Uppsala, Äldrecentrum Västerbotten, Regionalt Äldrecentrum i Örebro län samt Äldrecentrum Östergötland.

De hittillsvarande erfarenheterna av FoU-verksamheterna är positiva och en del av verksamheterna har etablerat en stark ställning i respektive region. Nya samverkansformer mellan huvudmännen har utvecklats samtidigt som strukturer och relationer växer fram mellan kompetenser inom universitet/högskola och den praktiska äldreomsorgen och vården. Varje FoU-verksamhet har utvecklat en egen profil utifrån lokala och regionala förutsättningar vad gäller behov, kompetens och resurser. Ämnesområden som man arbetar inom är bl.a. informell och frivillig äldreomsorg, arbetsledning och arbetsledarrollen, äldre i glesbygd samt anpassat stöd till personer med annan kulturell bakgrund. En målsättning hos samtliga FoU-centrum är att personal från huvudmännens olika arbetsplatser skall engageras aktivt i forsknings- och utvecklingsarbete.

Sammanfattningsvis rapporterar Socialstyrelsen, som ansvarar för uppföljning av FoU-centrumens verksamhet, att man på några ställen har lyckats uppfylla en stor del av det man föresatt sig medan andra i den fortsatta verksamheten vill lyfta fram de delar man inte hunnit med. Att bygga upp FoU-verksamheter är en långsiktig process vars konkreta resultat inte kommer att kunna avläsas förrän längre fram i tiden.

Regeringen har beslutat att ge fortsatt stöd till uppbyggnaden av dessa centrum.

5.4 Utveckling

Ökade krav och förändrade behov har ställt krav på förändringsarbeten inom äldreomsorgen i kommuner och landsting. Regeringen anslog särskilda stimulansbidrag inom ramen för handlingsplanen för att utveckla stödet till anhöriga, telefonupplysning, uppsökande verksamhet samt folkhälsoarbete för äldre. Dessutom anslog regeringen 125 miljoner kronor för olika försöksverksamheter inom kommuner och landsting i syfte att stimulera utveckling och nytänkande inom vård, omsorgs- och serviceverksamhet för äldre personer.

Sammanfattning och bedömning: Anhörigas roll och betydelse som vårdgivare till äldre och personer med funktionshinder är väl dokumenterad och känd. Ett stimulansbidrag på totalt 300 miljoner kronor har lämnats till kommunerna för att stimulera utvecklingen av anhörigstöd (Anhörig 300). Förutsättningen för att få ta del av stimulansbidraget var att kommunerna tillsammans med anhöriga och frivilligorganisationer skulle ta fram en gemensam handlingsplan för utveckling av stödformer.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp utvecklingen i kommunerna. Genom Anhörig 300 har anhörigas situation synliggjorts och deras insatser har kommit att värdesättas och respekteras. Med hjälp av stimulansbidraget har både stödformer som fanns sedan tidigare vidareutvecklats och nya stödformer tillkommit och spridits till fler kommuner. Samverkan mellan kommunerna, anhöriga och frivilligorganisationer har utvecklats. Genom de särskilda projekten har man fått ny och fördjupad kunskap om de anhörigas situation och om hur deras behov av stöd skall bedömas och tillgodoseas. Socialutskottet har dock tillkännagivit (bet. 2001/02:SoU11) att det är önskvärt att i socialtjänstlagen införa en särskilt reglerad skyldighet för socialnämnden att stödja dem som vårdar närstående.

Inom ramen för handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet slutit ett utvecklingsavtal om att stödet skall fortsätta under åren 2002–2004. Regeringen anser att det påbörjade utvecklingsarbetet måste fortsätta och vidareutvecklas och regeringen kommer att fortsätta att följa utvecklingen av anhörigstödet i kommunerna.

Allt fler äldre får enbart hjälp och vård av närstående och allt färre använder hemtjänst enligt beräkningar som gjorts av Socialstyrelsen (Bo hemma på äldre dagar. Äldreuppdraget 2000:11). Åtskilliga anhöriga till långvarigt sjuka och funktionshindrade personer lever under fysiskt, psykiskt och socialt påfrestande förhållanden. Mycket tyder på att anhöriga inte får det stöd och den hjälp som krävs i situationer där de uppbär ett mycket stort och psykiskt eller fysiskt påfrestande vårdansvar. Frågan om stöd till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående uppmärksammades på allvar först under 1990-talet. Ny forskning och ökad uppmärksamhet i media skapade en debatt kring anhörigas situation. Bl.a. mot denna bakgrund infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen fr.o.m. år 1998 (nuvarande 5 kap.10 § SoL). Bestämmelsen anger att socialtjänsten genom stöd och avlösning bör underlätta för den som vårdar närstående. Bestämmelsen innehåller inte några närmare föreskrifter om hur stödet till anhöriga bör utformas. Det är en frivillig verksamhet för kommunen som därmed har ett stort inflytande över utformningen av stödet.

Anhörig 300

För att utveckla stödformer till anhöriga som hjälper och vårdar en närstående utgick ett treårigt statligt stimulansbidrag på 300 miljoner kronor

under åren 1999–2001, det så kallade Anhörig 300. Socialstyrelsen gavs i uppdrag att fördela 96 miljoner kronor per år till kommunerna under förutsättning att de tillsammans med anhöriga och frivilligorganisationer tog fram en gemensam handlingsplan för utveckling av stödformer. En miljon kronor per år har gått till särskilda initiativ i vissa kommuner. Tre miljoner kronor per år har disponerats av Socialstyrelsen för informationsspridning, vissa utbildningsinsatser samt för uppföljning och utvärdering av satsningen. Alla län utsåg en länssamordnare för att stötta och stimulera de enskilda kommunerna i utvecklingsarbetet.

Socialstyrelsens uppföljning visar att endast cirka hälften av det erhållna stimulansbidraget har förbrukats. Endast 20 procent av samtliga kommuner har uppgivit att de förbrukat hela stimulansbidraget. Skälet är bl.a. att arbetet med att utveckla stöd till anhöriga har varit en relativt ny verksamhet för många kommuner. Att ta fram handlingsplaner och anställa projektledare tog lång tid och kartläggningar av behovet av anhörigstöd tog i många kommuner hela första året i anspråk. Regeringen har därför beslutat att resterande stimulansbidrag får användas även under 2002 och att Socialstyrelsen skall följa upp utvecklingen även efter detta år.

Utveckling av stödformer

Syftet med stimulansbidraget var att kommunerna skulle utveckla varaktiga stödformer. Under projektiden har stödformer som fanns sedan tidigare vidareutvecklats och nya stödformer tillkommit och spridits till flera kommuner. Anställning som anhörigkonsulent/anhörigstödare var tidigare ovanligt men finns nu i flertalet kommuner liksom anhörigcentraler eller annan träffpunkt för anhörigvårdare vilka nu finns i mer än hälften av kommunerna och kommer att fortsätta i samma omfattning. Korttidsvård/växelvård, dagvård/dagverksamhet, ekonomisk ersättning, avlösning i hemmet, anhörigcirkel, enskilda stödsamtal är exempel på stödformer som vidareutvecklats eller tillkommit. Det finns en rad exempel på andra mer specifika stödformer som utvecklats som exempelvis rekreation och stimulans, hälsoundersökning och semestervistelse för anhörigvårdare. Två tredjedelar av kommunerna har utvecklat stödformer som inte kräver biståndsbeslut, exempelvis har avlösning i hemmet kunnat ske med hjälp av frivilliga och i viss utsträckning är insatsen kostnadsfri. Goda exempel och framsteg i utvecklingen av anhörigstöd är information och kunskapsspridning om anhörigvårdares situation samt utbildning för personal om bemötande av anhöriga och utbildning för anhörigvårdare om olika sjukdomar m.m. Anhörigrådet i Sverige har stött bildandet av lokala anhörigråd, anhörigföreningar och liknande i flera några kommuner.

Avsikten med stimulansbidraget var att utveckla stödformer till alla oavsett ålder och boendeform. Det finns nu anhörigstöd till dem som vårdar personer 65 år och äldre i nästan alla kommuner. Flertalet kommuner riktar stöd till anhöriga som vårdar funktionshindrade eller sjuka i åldrarna 10–65 år. Från att kommunerna från början i huvudsak inriktade sitt anhörigstöd mot dem som bor i ordinärt boende omfattar nu stödformer alla oavsett boendeform.

Särskilda stödinsatser för anhöriga till vårdbehövande äldre personer med utländsk bakgrund och som ej behärskar svenska språket har utvecklats av endast cirka 10 procent av kommunerna. Endast 23 kommuner har översatt information om anhörigstöd till olika språk. Ekonomisk ersättning förekommer i form av anställning som anhörigvårdare och kontant bidrag/hemvårdsbidrag. Några studier har inriktat sig mot äldre födda utomlands som vårdas av sina anhöriga. Resultaten från studierna visar att äldre personer med utländsk bakgrund nyttjar den kommunala äldreomsorgen i betydligt mindre utsträckning än svenskar födda i landet. Många vårdas av sina anhöriga. Flera anhöriga har tackat nej till insatser eftersom de inte uppfattas som anpassade till den äldres specifika behov, främst när det gäller möjligheten att få hjälp på det egna språket. Anhöriga till äldre personer med utländsk bakgrund har särskilt stort behov av utbildning, någon form av stöd och framförallt någonstans att vända sig med sina frågor.

Intentionerna med stimulansbidraget var att kommunerna skulle samverka med anhöriga och frivilligorganisationer i arbetet med att utveckla stödformer för anhörigvårdare. De frivilliga organisationerna har en viktig roll som komplement till samhällets insatser när det gäller stöd till anhöriga. Samverkan har utvecklats med organisationer som Röda Korset, pensionärsorganisationer, kyrkor/samfund, handikappföreningar, demensförening, anhörigråd m.fl. Samverkan har också utvecklats med andra vårdgivare som primärvård, andra kommuner, slutenvård och psykiatri.

Anhörigvårdarnas situation har uppmärksammats

Kommunernas och länsamordnarnas syn på Anhörig 300 är att stimulansbidraget har bidragit till att utveckla nya stödformer och icke biståndsbedömda stödformer. Andra förändringar som skett är att information om stödformer har utarbetats och spridits, anhörigföreningar har bildats, anhörigvårdares situation har uppmärksammats och deras arbetsinsats har tydliggjorts. Vidare har personalens medvetenhet om anhörigas behov ökat. Länsamordnarna anger även att politikerna har uppmärksammat anhörigvårdares insatser och medvetenheten har ökat om att anhörigstöd kan vara en investering.

Återkommande synpunkter i kommunernas slutrapporter är vikten av att som anhörig kunna känna trygghet och ha vetskap om att hjälp finns när man behöver den. Vidare att avlösning behöver finnas i flexibla former, att behoven är individuella och att insatserna måste anpassas till både den anhöriges och den närståendes behov. Behoven av insatser minskar inte därför att den närstående flyttar till särskilt boende men kan medföra andra behov av stöd. Ett bra bemötande och flexibilitet kostar inga extra resurser, det handlar snarare om ett förhållningssätt.

Värmlands län har genomfört en utvärdering av Anhörig 300. Sammanfattningsvis bedöms Anhörig 300-arbetet av länet i viss mån ha bidragit till att förbättra anhörigvårdarnas situation. Störst bedömer man förändringen har varit när det gäller att anhörigvårdarna blir "sedda" och bekräftade och att deras insatser värderas högre än tidigare. Deras psykologiska situation har i viss mån förbättrats men deras vardagliga faktiska

Särskilda projekt

Tre miljoner kronor har använts för att initiera projekt i vissa kommuner med specifika behov. Ett trettiotal projekt har tagits fram. Projektens främsta syfte har varit att få ny eller fördjupad kunskap om de anhörigas situation och hur deras behov av stöd skall bedömas och tillgodoses.

Studier som genomförts är exempelvis anhörigas betydelse för rehabilitering och social trygghet bl.a. i samband med psykiatrireformen, situationen för unga anhöriga till demenssjuka föräldrar i yrkesverksam ålder, hur äldre invandrare och deras anhöriga uppfattar sin situation. Vidare finns studier om anhörigas upplevelse av vårdrollen, individuell bedömning av de anhörigas behov av stöd i samband med biståndsbedömning, anhörigas delaktighet i omsorgen och kvalitetsaspekter på stöd- och avlösningssatser, hur förebyggande hälso- och friskvårdsinsatser påverkar den anhöriges situation.

Några slutsatser från de särskilda projekten är:

- anhöriga behöver tydlig och upprepad information om det konkreta innehållet i omsorgen och vården och om verksamhetens innehåll och inriktning,
- det har stor betydelse hur landstingets och kommunens personal bemöter barn och tonåringar till demenssjuka föräldrar. Unga anhöriga behöver stöd och vägledning av kunnig personal,
- anhörigvårdare upplever både problem i vårdrollen men även glädje och tillfredställelse när den egna insatsen bidrar till att den närstående har det bra och får sina behov tillgodosedda. Denna kunskap är viktig att ta fasta på i utformningen av det framtida stödet till anhöriga,
- individuell bedömning av de anhörigas behov av stöd gjorde att anhöriga upplevde att insatserna anpassades efter deras behov och önskemål. Biståndshandläggarna upplevde att de fått bättre förutsättningar att bedöma behovet för både anhöriga och närstående,
- stöd- och avlösningssatser måste anpassas till den anhörigas unika situation. Korta, sporadiska avlösningstillfällen som inte behöver vara planerade är ett vanligt önskemål från anhörigvårdare. Det är viktigt att de anhöriga själva deltar i planeringen av avlösningen och att de upplever trygghet så att de kan koppla av. För att anhöriga inte skall tacka nej till avlösning är det viktigt med god kvalitet i stödet, samt
- effekterna av hälsokontroll av anhörigvårdare, hälsosamtal samt friskvårdande insatser i ett projekt var att anhörigvårdarna upplevde en förbättrad livskvalitet och hade färre kontakter med läkare. De totala kostnaderna för anhörigvårdarnas sjukvårdskostnader var lägre för perioden då man var med i utvärderingen jämfört med en sexmånadersperiod innan.

I Socialtjänstutredningens betänkande Socialtjänst i utveckling (SOU 1999:97) har syftet med samhällets stöd till närstående sammanfattats i tre huvudpunkter:

1. Att synliggöra de anhörigas situation.
2. Att förebygga utbrändhet bland anhöriga.
3. Att förbättra de anhörigas livskvalitet.

Socialstyrelsens bedömning är att Anhörig 300 har varit mycket framgångsrik när det gäller att synliggöra de anhörigas situation och att värdesätta och respektera deras insatser. Det har skett en mycket stor positiv förändring av attityder och förhållningssätt på ett område av central betydelse i vårt samhälle. Socialstyrelsen konstaterar att förutsättningarna för att förebygga utbrändhet och att förbättra de anhörigas livskvalitet ökat de senaste åren mycket tack vare det arbete som initierats genom det statliga stimulansbidraget.

Fortsättning på anhörigstöd

Drygt hälften av kommunerna uppger att ansvarig nämnd har beslutat om en plan för kommunens arbete med att utveckla anhörigstöd efter 2001.

För att en bred och långsiktig utveckling av anhörigstödet även fortsättningsvis skall prioriteras har regeringen i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården för åren 2002–2004 angivit att stödet till anhöriga bör fortsätta och skall ingå i det utökade generella statsbidraget. Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har slutit ett utvecklingsavtal om att stödet till anhöriga skall fortsätta under de kommande åren. Socialstyrelsen har uppdrag att fortsätta följa upp utvecklingen av kommunernas stöd till anhöriga.

Regeringen vill slå fast att de anhörigas insatser är viktiga komplement till den vård och omsorg som samhället i övrigt ansvarar för. Regeringen anser att det påbörjade utvecklingsarbetet måste fortsätta och vidareutvecklas och regeringen kommer att fortsätta att följa utvecklingen av anhörigstödet i kommunerna. Inom Socialdepartementet pågår en analys av de ekonomiska konsekvenserna av en särskilt reglerad skyldighet för socialnämnden att stödja dem som vårdar närstående. Regeringen avser att återkomma till riksdagen i frågan.

Sammanfattning och bedömning: Regeringen har beviljat medel för att inrätta en rikstäckande telefonjour som i första hand skall drivas i pensionärsorganisationernas regi. Syftet är att förbättra informationen i äldrefrågor till äldre och deras anhöriga.

Slutsatsen av den kartläggning som genomfördes, bl.a. av organisationen av telefonupplysningsverksamhet i landet, var att huvudansvaret för denna verksamhet bör ligga lokalt hos kommunen eller hos frivilligorganisationerna. Även ett antal lokala projekt har fått stimulansbidrag för att starta telefonupplysning. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att stödja telefonupplysning för äldre och deras närstående. Erfarenheterna av verksamheterna är att om telefonupplysningen skall bemannas av frivilligorganisationer förutsätter det att kommunen ger ett visst ekonomiskt stöd till lokal- och telefonkostnader samt till utbildning. Fortfarande finns brister i informationen till äldre och deras anhöriga om bl.a. äldreomsorg, vart man vänder sig i frågor om hälsa och sjukvård samt vart man vänder sig med synpunkter och klagomål på bristfällig vård och omsorg. Ett sätt att göra informationen lätt tillgänglig för alla är att inrätta telefonupplysning.

Regeringen anser att erfarenheterna från de telefonupplysningstjänster som redan finns bör tas till vara.

För många äldre och deras anhöriga är det svårt att ha en överblick över de många former av stöd, service och omsorg som samhället tillhandahåller. Telefonupplysningsverksamhet kan vara ett sätt att erbjuda lättillgänglig information och personlig service. Syftet var att de som ringer skall kunna få information om vart man kan vända sig för att få upplysningar om hälsofrågor, service och omsorgsinsatser, var man klagar på brister och missförhållanden, samt hur man får kontakt med anhörigföreningar, pensionärs- och patientorganisationer m.m..

I den nationella handlingsplanen föreslogs att pensionärsorganisationerna skulle ges möjlighet att i samverkan bedriva telefonjoursverksamhet (jmf prop. 1997/98:113 kap. 7.7.3

En kartläggning gjordes av vilken telefonupplysningsverksamhet det finns i landet och i vilken omfattning. Syftet var att kartläggningen skulle ligga till grund för arbetet att ta fram ett förslag till hur regeringens stimulansbidrag för telefonjoursverksamhet skall användas.

Ett tydligt resultat är att det pågår ett arbete i landet med att utveckla information och muntlig upplysningsverksamhet för medborgare och i förlängningen för de äldre. Många kommuner anser att den ordinarie äldreomsorgen räcker till för de äldres behov av muntlig upplysning/information. Detta överensstämmer inte med den verklighet som många äldre möter med stressade handläggare som är tillgängliga endast i begränsad omfattning. Rena telefonjoursverksamheter som bara riktar sig till äldre är få om man inte inkluderar de trygghetsjourer och larmcentraler som är till för dem som har eller akut behöver hjälpinsatser från kommunen. Det är nästan hälften av kommunerna/landstingen som bedriver eller planerar särskild verksamhet med muntlig upplysning och information som riktar sig till äldre. Det är också tydligt att både kommunerna och pensionärsorganisationerna anser att huvudansvaret för

denna typ av verksamhet skall ligga lokalt antingen hos kommunen eller hos frivilligorganisationerna.

Regeringen har beslutat att de medel som avsattes för telefonjourn-verksamhet (6,5 miljoner kronor), skulle användas till att stimulera ytterligare utveckling av lokala telefonjournverksamheter genom ett antal lokala projekt. Se vidare under rubriken Stimulansbidrag till nya försök och initiativ sid. xx.

Fortfarande finns brister i informationen till äldre och deras anhöriga om bl.a. äldreomsorg, vart man vänder sig i frågor om hälsa och sjukvård samt vart man vänder sig med synpunkter och klagomål på vård och omsorg som är bristfällig. Ett sätt att göra informationen lätt tillgänglig för alla är att inrätta telefonupplysning.

Regeringen anser att erfarenheterna från de telefonupplysningstjänster som redan finns bör tas tillvara.

5.4.3 Uppsökande verksamhet

Sammanfattning och bedömning: Försök med uppsökande verksamhet har gjorts i 22 kommuner för att bygga upp kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Över 4 000 äldre personer har regelbundet tagit emot hembesök. Socialstyrelsen ansvarar för uppföljning och utvärdering av försöken som skall slutrapporteras i december 2002. Uppföljningarna hittills visar att försöksverksamheten har fallit väl ut. De har givit ny kunskap om hur man på ett systematiskt sätt kan främja hälsa och stärka de äldres egenvårdsförmåga och livskvalitet.

Socialstyrelsens bedömning är att erfarenheterna är till stor hjälp när det gäller att utveckla de hälsofrämjande perspektiven inom äldreomsorgen.

Regeringen anser att uppsökande verksamhet är ett viktigt instrument för att utveckla kunskaperna om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Kommunerna bör ta till vara erfarenheterna av försöksverksamheterna. Ett förebyggande arbetssätt innebär tidiga insatser, som stärker den enskildes förmåga att klara vardagen och därmed bidrar till en bättre livskvalitet. Regeringen avser att noga följa frågan.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) finns ålagt ett ansvar på huvudmännen att arbeta med att förebygga ohälsa, bl.a. genom att ge upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (2 b § HSL). I socialtjänstlagen anges att det hör till socialnämndens uppgifter att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, att informera om socialtjänsten i kommunen, genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden (3 kap 1 §, 5 kap. 6 § SoL). Trots att det lagliga stödet för förebyggande insatser finns har sådan verksamhet sällan systematiskt bedrivits i primärvården eller i äldreomsorgen. Under årens lopp har det gjorts åtskilliga försök runt om i landet både inom den kommunala äldreomsorgen och inom primärvården med erbjudanden till de äldre om hälsokontroller eller

hembesök i förebyggande syfte. Dessa verksamheter har dock med tiden runnit ut i sanden eller lagts ned av skiftande skäl. Under 1990-talet har insatserna riktade mot äldre allt mer koncentrerats till de sjuka och mest hjälpbehövande.

Regeringen gjorde i den nationella handlingsplanen bedömningen att försök med uppsökande verksamhet kunde vara ett viktigt instrument för att bygga upp kunskaperna om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Handlingsplanen innehöll därför en treårig satsning på försöksverksamhet med uppsökande verksamhet. Kriterierna för att erhålla medel inom ramen för denna satsning var bl.a. att verksamheten skulle genomföras gemensamt av kommunens äldreomsorg, hemsjukvården och primärvården. Hembesök skulle göras av såväl personal med medicinsk kompetens som personal med social kompetens.

Projektet startade under hösten 1999 och 22 huvudmän har tilldelats sammanlagt 37,5 miljoner kronor. Utifrån regeringens övergripande syfte med satsningen har varje projekt formulerat sina egna mål för försöksverksamheten. Närmare 4 000 äldre personer har regelbundet mottagit hembesök. De flesta deltagare var över 75 år och hemmaboende utan regelbundna insatser från kommunal hemtjänst eller hemsjukvård. I två av projekten har besöken särskilt riktat sig till utomnordiska invandrare.

De äldre personer som har deltagit i försöksverksamheten har fått regelbundna hembesök av distriktssköterska och/eller hemtjänstassistent, ibland sjukgymnast eller arbetsterapeut. I samtliga projekt har deltagarna fått information om hur kommunens äldreomsorg fungerar, goda råd om kost och motion samt demonstration av enkla hjälpmedel för att undvika olyckor i hemmet. Broschyrer har delats ut bl.a. om hur man förebygger fallskador och benskörhet.

Positiva effekter

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag lett verksamheten och ansvarar för uppföljning och utvärdering av försöken. Uppföljningarna visar att både personalen och de pensionärer som fått hembesök har en mycket positiv uppfattning om försöksverksamheten. Många av de äldre anser att besöken har ökat deras trygghet. Många av de i personalen som deltagit anser att de fått en bättre inblick i de äldres liv då de träffat äldre personer som ännu inte är i behov av vård och omsorg. Detta har hjälpt personal att se till individens möjligheter och potential snarare än till endast ett vård- och omsorgsbehov. Hembesöken visade att äldre personer är villiga att ta emot råd om hur man kan förbättra levnadsvanor för att bevara sin hälsa, t.ex. när det gäller kost och motion.

Sammanfattningsvis rapporterar Socialstyrelsen att erfarenheterna från projekten är till stor hjälp när det gäller att se äldreomsorgens uppdrag ur ett hälsofrämjande perspektiv. Flera av de kommuner som har deltagit i försöksverksamheten med uppsökande verksamhet har beslutat att hembesöken skall fortsätta efter projekttidens slut.

Regeringen anser att uppsökande verksamhet är ett viktigt instrument för att utveckla kunskaperna om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Kommunerna bör ta till vara erfarenheterna av försöksverksamheterna. Ett förebyggande arbetssätt innebär tidiga insatser, som stärker den enskildes förmåga att klara vardagen och därmed

bidrar till en bättre livskvalitet. Då anhörigas omsorgsinsatser ofta är mycket omfattande är det viktigt att även de vårdande anhörigas situation uppmärksammas. Satsningarna på forskning och utveckling av hälsofrämjande och förebyggande arbete bland äldre bör fortgå. Regeringen avser att noga följa frågan.

5.4.4 Folkhälsoarbete för äldre

Sammanfattning och bedömning: Folkhälsoarbetet bland äldre syftar till att stärka och bevara det friska hos äldre människor och öka förutsättningarna för dem att behålla hälsa och livskvalitet upp i hög ålder.

Folkhälsoinstitutet har kartlagt kommunernas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet för äldre. Många kommuner har övergripande handlingsplaner för folkhälsoarbete men målgruppen äldre saknas ofta, likaså kontinuitet, långsiktighet och politiskt antagna handlingsplaner med målsättningar för verksamheten. Folkhälsoinstitutet har i en rapport redovisat hur det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bland äldre (65 år och äldre som har eget boende och som i stort sett klarar sig själva) fortlöpt på lokal, regional och nationell nivå. Vård- och omsorgsförvaltningarna riktar sin verksamhet i första hand till dem som behöver någon form av insats från kommunen. Men det förekommer dock aktiviteter inom äldreomsorgen som även riktar sig till friska äldre. Några kommuner har anställt äldresamordnare och inrättat folkhälsoråd. Oftast engageras vård- och omsorgspersonal i den hälsofrämjande verksamheten för både friska äldre och äldre med behov av vård och omsorg. Pensionärs- och frivilligorganisationer är viktiga resurser i det hälsofrämjande arbetet. Folkhälsoinstitutets bedömning är att det behövs mer kunskap bland de äldre själva, personalen inom hälso- och sjukvård och politikerna för att nå framgång i det hälsofrämjande arbetet.

Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen i januari 2003 om mål för folkhälsan där äldres hälsa kommer att uppmärksammas.

Hälsofrämjande insatser viktiga för att bevara hälsan

Verksamheter som främjar fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfull sysselsättning som också inkluderar kulturella aktiviteter är betydelsefulla för att bevara hälsan. Det är viktigt att insatser baseras på de kunskaper och erfarenheter som redan finns och mer påtagligt integreras i äldrepolitiken och dess praktiska tillämpning, både nationellt och lokalt samt hos frivilliga organisationer.

Kompetensutveckling är en av de viktigaste åtgärderna när det gäller att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Ökad kunskap och kompetens behövs bland beslutsfattare, personal, olika aktörer och de äldre.

WHO:s Europaregion antog år 1999 en gemensam hälsostrategi med 21 mål som blivit förebild för många länders arbete med nationella hälso- mål, så även i Sverige. Ett av målen gäller äldres hälsa. I propositionen

om mål för folkhälsan som regeringen avser att överlämna till riksdagen i januari 2003 kommer även äldres hälsa att uppmärksammas. Skr. 2002/03:30

Fler friska år

Förbättringar har skett av äldres hälsa, medellivslängden har ökat och det är till stor del friska år som lagts till livet. De förbättringar som ägt rum kan tillskrivas förbättrade levnadsvillkor (ekonomi, bostäder, social service m.m.) och ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Fortsätter denna positiva utveckling kommer ökningen av antalet äldre inte att följas av en ökning av förväntade vård- och omsorgsbehov. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete med förhållandevis små årliga hälsoförbättringar kan påtagligt reducera förväntade ökade vårdbehov.

Resultat av studier

Regeringen gav 1998 Folkhälsoinstitutet i uppdrag att redovisa nationella och internationella erfarenheter av vilka möjligheter det finns att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. En slutsats som kan dras är att det i stor utsträckning går att förebygga ohälsa och påverka äldres fysiska och psykiska hälsa genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och denna möjlighet är större än man tidigare ansett. Utredningen visade också att det finns ett stort behov av en fortsatt utveckling av folkhälsoarbete bland äldre. Dessutom finns behov av mer kunskap och forskning om vilka strategier och metoder som är mest effektiva när det gäller att förbättra äldres hälsa och livskvalitet.

Folkhälsoinstitutet har genomfört tre kartläggningar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet bland äldre (1997, 2000, 2001). Med målgruppen äldre avses här personer 65 år och äldre som bor i eget boende och i stort sett klarar sig själva. Den första kartläggningen är utgångspunkt för jämförelser av hur hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet utvecklats i Sverige.

I den första uppföljningen uppgav flera kommuner att de ökat omfattningen av hälsofrämjande verksamhet. Bland aktiviteter som genomfördes fanns bl.a. kulturaktiviteter, uppsökande verksamhet, matlagning och fysiska aktiviteter. Samverkan mellan landsting, kommuner och frivilliga organisationer hade ökat. Den senaste uppföljningen visar att det finns övergripande handlingsplaner eller målsättningar för folkhälsoarbete i många kommuner men målgruppen äldre är oftast inte upptagna i dessa. Inom förvaltning för vård och omsorg har äldregruppen tydliggjorts men då gäller det dem som behöver någon form av insats från kommunen.

En kompletterande studie riktad till invandrarorganisationer genomfördes också för att få kännedom om deras insatser i folkhälsoarbetet. Deras verksamheter var till stor del inriktade på att minska risken för ensamhet. Slutsatsen av svaren var att ensamhet som inte är frivilligt vald är en hälsorisk.

Folkhälsoinstitutets slutsatser från de genomförda studierna är att fler kommuner bedriver verksamhet. Det saknas dock ofta kontinuitet, långsiktighet och politiskt antagna handlingsplaner och målsättningar för verksamheten. Utvärdering och dokumentation behöver förbättras för att

ge underlag för utveckling av verksamhetens innehåll och metoder. För framgång i det hälsofrämjande arbetet behövs mer kunskap bland de äldre själva, personal inom hälso- och sjukvård och politiker. Pensionärs- och frivilligorganisationer är viktiga i det hälsofrämjande arbetet. Enighet råder om att det finns en stor potential i att utveckla och öka samverkan mellan olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

Kunskap och kompetens

För att öka kunskapen och kompetensen i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har Folkhälsoinstitutet etablerat ett samarbete med Mitthögskolan, institutionen för vård och hälsovetenskap. Syftet är att stimulera till en kunskapsuppbyggnad på nationell nivå inom området Äldres hälsa. Detta har lett till att Mitthögskolan i samverkan med Folkhälsoinstitutet och några universitet och högskolor, med kompetens på området hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete bland äldre, planerat en kurs om 5 poäng. Kurser har genomförts på Mitthögskolan Sundsvall och på Örebro universitet och ytterligare en kurs kommer att genomföras vid Karlstads universitet under år 2002.

Kommunernas folkhälsoarbete

För personer mellan 60 och 80 år handlar folkhälsoarbetet oftast om samma förebyggande insatser som för yngre och medelålders. För personer över 80 år är målet främst att skapa förutsättningar för god livskvalitet trots sviktande hälsa.

Flera kommuner har fattat tydliga politiska beslut om förebyggande insatser riktade till friska äldre. Några kommuner har anställt s.k. äldre-samordnare eller liknande. Dessa personer har visat sig vara betydelsefulla för utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet bland alla befolkningsgrupper, inte bara bland äldre. Även folkhälsoråd har inrättats i de flesta kommuner. Studiecirkelar har utgjort en viktig del av de aktiviteter som anordnats, främst av pensionärsorganisationerna. Flera cirklar har handlat om åldrandet och om hur man kan må bättre på äldre dagar.

Kommunernas arbete bland äldre har ofta skett inom ramen för äldreomsorgens organisation. Det har således ofta varit vård- och omsorgspersonalen som på olika sätt engagerats i den hälsofrämjande verksamheten för både friska äldre och äldre i behov av vård och omsorg. Det har dock visat sig att friska äldre ibland inte har varit intresserade av dessa aktiviteter eftersom det har uppfattats som att aktiviteterna primärt varit avsedda för personer med behov av vård och omsorg. Många har också ryggat tillbaka för att i "förtid" bli föremål för äldreomsorgens insatser.

Kommunernas och landstingens pensionärsråd har ofta varit samarbetspartners i planeringen av aktiviteter. Andra viktiga samarbetspartners har varit pensionärsorganisationer, studieförbund, Röda Korset, kyrkan, idrottsföreningar, hembygdsföreningar, konstföreningar och andra intresseföreningar. Pensionärsorganisationerna har genomfört ett flertal sociala aktiviteter som exempelvis musikstunder, teater, föreläsningar och stavgång. Vänjtjänstens syfte är att försöka bryta ev. ensamhet och isolering genom att besöka äldre i deras hem. Må bra på äldre dagar är

exempel på ett samverkansprojekt som finns på flera orter i en kommun. Kommunen, pensionärsorganisationerna, studieförbunden, Svenska kyrkan, Röda korset och sjukvårdsdistriktet samverkar kring utveckling av stödjande miljöer för nyblivna pensionärer och änkepersoner. Man bedriver uppsökande verksamhet, håller föreläsningar om åldrande och äldres hälsa samt ger stöd och stimulans till medarbetare inom vård och omsorg. Under fyra år har försök med frivillig medverkan i omsorgens verksamheter genomförts i ett flertal kommuner. Mer än 100 olika aktiviteter har organiserats och innehållet har haft stor spännvidd, alltifrån högläsning, kortspel och kaffestund för några till underhållning och fester för många.

Folkhälsoinstitutet har genom nätverket för folkhälsoarbete bland äldre kunnat ge stöd och stimulans för utveckling i några kommuner. Enligt institutet bedrivs många intressanta lokala verksamheter men de får inte alltid den genomslagskraft som vore önskvärt. Ibland beror detta på begränsade ekonomiska resurser, ibland på organisationen av folkhälsoarbetet. För att vidmakthålla verksamheten gäller det att bygga upp en struktur och organisation som är anpassad till lokala förhållanden.

Bland de särskilda stimulansbidragen finns ett antal projekt med inriktning på hälsofrämjande insatser, se vidare Nya försök och initiativ.

Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen i januari 2003 om mål för folkhälsan där äldres hälsa kommer att uppmärksammas.

5.4.5 Nya försök och initiativ

Sammanfattning och bedömning: Regeringen har avsatt stimulansbidrag dels för att uppmuntra utveckling och nytänkande inom vård, omsorgs- och serviceverksamhet bland äldre, dels till försök för vidareutveckling av redan befintlig verksamhet. Mer än 200 lokala projekt har genomförts. Kommuner, landsting och frivilligorganisationer har, enskilt eller i samverkan, utvecklat idéer och försöksverksamheter för att på olika sätt förbättra insatserna för äldre människor. Projekt har bedrivits inom områden som information och telefonupplysning, informationsteknologi för äldre, brukarinflytande, kvalitetsutveckling, demensvård, vård för äldre med psykisk ohälsa, äldre invandrare, sociala aktiviteter och kultur, vård i livets slut, hälsofrämjande insatser samt generationsprojekt.

Några projekt har resulterat i att man kunnat upptäcka psykisk ohälsa hos äldre i ett tidigt skede och i att samarbetet mellan olika vårdorganisationer ökat genom hälsofrämjande och förebyggande insatser samt möjligheter för den äldre och de anhöriga att bli mer delaktiga i vård och behandling. Fler mötesplatser har tillkommit där både yngre och äldre, anhöriga och frivilliga samt personal inom hemtjänsten kan mötas och delta i aktiviteter. Personal inom äldreomsorgen har utbildats i frågor kring religion och möten mellan olika kulturer.

Rapporter från projekten visar på positiva effekter och erfarenheterna från utvecklingsarbetet kommer i många fall att tillvaratas inom den ordinarie verksamheten. Resultatet av satsningen påvisar ett fortsatt behov av utvecklingsarbete inom områdena brukarinflytande, det sociala

innehållet i äldreomsorgen, insatser för äldre med psykisk ohälsa och personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt särskilt anpassad äldreomsorg till personer med utländsk bakgrund.

Skr. 2002/03:30

125 miljoner kronor avsattes till försöksverksamheter i kommuner och landsting. Syftet var utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre personer. Med stimulansbidraget avsåg regeringen att uppmuntra att nya idéer utvecklades och prövades samt att vidareutveckla redan befintlig verksamhet. Avgörande var att stödet avsåg att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling över hela landet. Intresset för att få ta del av projektbidragen var mycket stort. Cirka 1 100 intresseanmälningar inkom under perioden mars 1999 – mars 2000.

Stöd har utgått till kommuner, landsting, pensionärs- och frivilligorganisationer samt till anhörigföreningar. Stor vikt har lagts på att projekten/försöksverksamheterna har riktat sig direkt till de äldre och att projekten haft ett brukarperspektiv.

Fördelning av projekt

Totalt har 202 projekt fått bidrag med ca 122 miljoner kronor. Projekten har löpt på 1 till 3 års tid beroende på innehåll och syfte med projektet.

Tabell 2 Projekten är fördelade på följande områden:

Projekttyp	Antal projekt	Summa beviljat bidrag (miljoner kr)
Telefonjourer	16	10,8
IT-utbildning	13	5,25
IT- i vård och omsorg	6	8,1
Brukarinflytande	21	9,4
Kvalitetsutveckling	9	8,9
Demens	11	7,0
Psykisk ohälsa	12	7,6
Äldre invandrare samt integration	21	14,4
Övriga särskilda målgrupper	9	6,9
Sociala aktiviteter och Kultur	26	15,4
Generationsöverskridande projekt	17	5,8
Vård i livets slut	3	1,3
Hälsofrämjande projekt	20	10,8
Övriga projekt	18	11,6

Medlen har fördelats geografiskt så att 15 procent har gått till Stockholms län, 10 procent till Skåne, 12 procent till Västra Götaland, 10 procent till de fyra norrlandslänen, 41 procent till övriga län och 12 procent till nationella projekt.

Drygt hälften av projekten har kommuner eller landsting som huvudman, övriga har en organisation, förening eller stiftelse som huvudman. En stor del av dessa projekt är samverkansprojekt mellan kommuner, landsting och frivilligorganisationer.

De särskilda medlen för utvecklingsarbete har stimulerat till kreativitet och förnyelse. Att man i nya konstellationer, t.ex. frivilligkrafter och

kommun tillsammans utvecklar nya idéer, kan leda till förändringar även om man inte får de pengar man önskar.

En viktig del av förnyelseprocessen är det intresse som skapats på nationell nivå. Man kan lättare engagera andra aktörer om det finns ett nationellt intresse. Det har också varit viktigt att ha en regelbunden kontakt med projekten, visa intresse för vad som pågår under projektiden och stödja och hjälpa framför allt när det gäller frågor om utvärdering och uppföljning. De tjugotal nätverksträffar som hållits under projektiden har varit uppskattade och efterfrågade.

Flertalet projekt startades först mellan andra halvåret 1999 och våren 2000. Det finns flera förklaringar till denna fördröjning på såväl nationell som lokal och regional nivå. Regeringsbesluten om villkoren för det statliga stödet togs under första kvartalet 1999. Därefter har det fordrats ett omfattande lokalt och regionalt förberedelsearbete. Tid för upphandling, personalrekrytering samt i vissa fall kapacitetsbrister har bidragit till att starten skett först under andra halvåret 1999. I praktiken har detta inneburit att de flesta projekt fått mindre än 2,5 år på sig för att genomföra sina idéer. Många har under hösten 2001 och våren 2002 begärt förlängning för att hinna genomföra utvärderingar m.m. En erfarenhet för framtida satsningar är att det krävs planeringstid på upp emot ett år från det att ett riksdagsbeslut fattas till att medel kan börja användas på lokal nivå.

Nedan följer exempel på utvecklingsarbeten och försöksverksamheter som genomförts med hjälp av de statliga stimulansbidragen.

Informations- och telefonupplysningsprojekt

Flera kommuner har startat informationscentrum dit äldre kan ringa och få upplysning och rådgivning i frågor kring vård och omsorg. Oftast samverkar kommunen med frivilligorganisationer men även med landsting och högskolor. Vid ett informationscentrum har service erbjudits med hjälp av öppna telefonlinjer, med en webbplats med information och möjlighet att skicka e-post samt bildtelefoni.

Demensförbundet och Alzheimerföreningen i Sverige bedriver med hjälp av stimulansmedlen, en mycket aktiv och uppskattad stödtelefonverksamhet för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Jourerna har tillsammans haft upp till 600 samtal per månad enligt uppskattningar som gjordes hösten 2001. Dessa verksamheter har fått fortsatt bidrag efter år 2001. Anhörigrådet har fått stimulansbidrag för att utveckla och bygga upp lokala anhängarföreningar i landet och bedriva råd och stödverksamhet.

Informationsteknologi för äldre

Kunskaper om hur man använder datorer och internet saknas ofta hos dem som inte fått möjligheter att lära sig denna teknik via arbetet. I samband med FN:s äldreår 1999 genomfördes på initiativ av regeringens Äldreprojekt (SeniorNet Sweden), Svenska kommunförbundet och biblioteken en "Seniorsurfdag" på 375 bibliotek. Över 30 000 pensionärer besökte sitt lokala bibliotek för att få en introduktion i användandet

av datorer och Internet. En ny och mer omfattande Seniorsurfdag genomfördes hösten 2000, även då med cirka 30 000 besökare på bibliotek och postkontor.

Hösten 2001 beslutade regeringen att uppdra åt IT-kommissionen att genomföra en kunskapsinventering inom området Äldre och IT. Kommissionen lämnade sin rapport i januari 2002. I rapporten konstaterar man att introduktion och utbildningsinsatser i första hand behövs för att främja användningen av IT bland äldre. I gruppen 65 – 84 år har 12 procent tillgång till Internet i hemmet. Av dem som saknar tillgång till IT i hemmet uppger 70 procent att de inte ser någon nytta eller saknar intresse för IT – i detta skiljer sig dock inte äldre från yrkesaktiva. IT-kommissionens slutsats är att en stor del av dem som inte ser nytta eller saknar intresse inte har introducerats till IT. Insatserna bör därför i första hand riktas mot att ge en introduktion till så många som möjligt för att öka användningen av IT bland äldre. IT-kommissionen föreslår att främst folkbiblioteken ges resurser för att bidra till introduktionen till IT för dem som så önskar.

– IT-utbildning för äldre

En del av stimulansbidraget som anslagits för särskilda initiativ har använts till satsningar på IT-utbildningar för äldre. Utbildningsprojekt som vänder sig till äldre personer med funktionshinder, äldre personer med annan kulturell och/eller språklig bakgrund eller äldre som bor i glesbygd och som därför har svårt att delta i IT-utbildning har fått bidrag. De fem pensionärsorganisationerna har fått bidrag för att utbilda sina medlemmar i datoranvändning under åren 2000–2002.

De metoder som prövas i projekten växlar från individuell hemundervisning med hjälp av anpassade datorer och specialprogram, individuell handledning på ett IT-café i tätorten till gruppundervisning på ett servicehus eller i ambulerande former.

– IT i vård och omsorg

Flera projekt har fått bidrag för att stimulera utvecklingen av uppbyggnad och implementering av IT inom vård och omsorg. Som exempel kan nämnas ett regionalt projekt där man undersöker möjligheterna att tillämpa modern informations- och kommunikationsteknik i uppsökande och förebyggande tandvård för äldre. Genom att skapa möjligheter till bildöverföring och dialog med specialist på tandkliniken hoppas man kunna säkerställa kvaliteten vid bedömningen och undvika onödiga transporter.

Några projekt arbetar med informationsöverföring mellan olika yrkesgrupper. Exempelvis har vårdbiträden inom hemtjänsten och distriktsköterskor inom hemsjukvården prövat mobiltelefoner, datoriserad akt-dokumentation och digital kamerautrustning i ett geografiskt spritt område. Ett IT-baserat anhängigtöd inom hemsjukvården prövas också.

Ett tjugotal projekt med fokus på delaktighet och inflytande inom äldreomsorgen handlar bl.a. om nya former för inflytande på en mera övergripande nivå, utveckling av brukarstyrelser vid särskilda boendeformer samt nya försök att utveckla den enskildes inflytande vid behovsbedömning och genomförande av hemtjänstinsatser.

Som exempel kan nämnas ett försök med äldreting. Målgruppen var medborgare över 65 år och kommun- och landstingspolitiker som samlades runt temat "Hur skapar vi trygghet i äldrevården?" Under tingen gavs de äldre tillfälle att föra fram synpunkter till sina kommun- och landstingspolitiker genom samtal, debatt och utfrågningar. De erfarenheter som redovisas från tingen är genomgående mycket positiva.

Några projekt har inriktats mot på att stärka de äldres inflytande och resurser så att de aktivt kan påverka sin vardag och bo kvar hemma så länge de själva vill. Ett exempel är tillskapandet av äldreråd med bred representation av brukare, pensionärs- och frivilligorganisationer. Rådet är delaktigt i alla beslut om förändringar i den lokala äldreomsorgsverksamheten.

Andra projekt syftar till ökat brukarinflytande inom de särskilda boendeformerna. Försök har gjorts att utveckla en styrelse med de boende i majoritet. I uppdraget har ingått att ta fram en verksamhetsidé och en verksamhetsplan samt att ta fram rutiner för uppföljning av verksamheten och för regelbunden förankring av verksamheten hos de boende eller deras representanter, anställda, berörda politiska organ samt berörda pensionärsråd.

Projekt som mera specifikt rör den enskildes inflytande över hemtjänstens insatser är exempelvis ett försök med tidsbank. Projektet innebär att den enskilde förfogar över en tidsbank motsvarande de insatser som beviljats för en bestämd tidsperiod. Den enskilde ges på detta sätt ökat inflytande över när insatserna ska ges men får också ökat inflytande över vad som ska göras. Man kan byta ut beviljade insatser mot andra aktiviteter förutsatt att anhöriga eller någon annan ställer upp och utför den beviljade insatsen. Den enskildes frihet att inom vissa ramar själv bestämma vad som skall göras och när i tiden innebär också ökade möjligheter för vårdbiträdena att själva planera, ta ansvar och genomföra insatserna i samråd med den enskilde.

Kvalitetsutveckling

Flera projekt har fokus på kvalitetsutveckling. Ett av projekten är en omfattande kvalitetsutbildning för nyckelpersoner i kommunerna. Ansvarig för projektet är Svenska kommunförbundet. Utbildningens syfte har varit att ge gedigna kunskaper om effektiva strategier, metoder och hjälpmedel att tillämpa i kommunal verksamhet för att nå god tillfredsställelse hos kommuninnevanarna samt hög kostnadseffektivitet. Utbildningens innehåll har också en stark koppling till Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8). 200 personer har genomgått utbildningen och 106 kommuner har varit representerade i kurserna.

Ett annat exempel handlar om att utveckla kvaliteten i vårdkedjan för äldre med komplex problembild och många diagnoser. Ett ledarnätverk har bildats med ansvariga för kommunal sjukvård, primärvård och sjukhusvård vilka ansvarar för en strategisk utveckling av vårdflödena.

Tandhygienistförbundet har tillsammans med Vårdförbundet tagit fram riktlinjer för bra mun- och tandvård för äldre med behov av vård och omsorg. Riktlinjerna är avsedda att användas av både vård- och tandvårdspersonal i praktisk verksamhet och i utbildning.

Personer med demenssjukdom

Några försök har gjorts med att inrätta s.k. demensteam för att förbättra möjligheterna för personer med demenssjukdom att bo kvar hemma längre, bl.a. genom att stödja anhöriga.

Ett demensteam leds av en demensläkare samt personal både från landsting och kommun. Teamet samordnar och genomför demensutredningar gemensamt med primärvården, ger stöd och råd till anhöriga och personal, genomför utbildningar till personal samt samverkar med biståndsbedömare kring en samordnad vårdplanering. Ett annat demenssteam består av en hemtjänstgrupp som enbart arbetar med personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende och personal från dagverksamhet och korttidsvård. Genom samverkan kan en högre grad av kontinuitet uppnås och därmed en ökad trygghet för både anhöriga och den vårdade. Ett annat exempel är en avlösningssamverkan som utgår från en dagverksamhet och ett gruppboende. Avlösning erbjuds mycket flexibelt utifrån de anhörigas individuella behov och hjälp har kunnat ges med mycket kort varsel.

Bland övriga projekt kan nämnas en handbok för att ge personal i demensomsorg stöd i att upptäcka smärta hos personer som har svårt att kommunicera. Vidare har information om demens på våra vanligaste invandrarspråk tagits fram både i skriven form, på kassett och via en videofilm. Rikspolisstyrelsen har producerat en skrift med information och handledning till poliser som har kontakt med demenssjuka personer som har svårt att hitta hem. Barn på mellanstadiet har fått information om demenssjukdomar, vilket blev mycket uppskattat och har lett till att materialet som användes har tryckts i bokform av Demensförbundet för vidare spridning.

Flera av projekten har varit mycket lyckade och lett till att verksamheten permanentats.

Äldre med psykisk ohälsa

Äldre med psykisk ohälsa har varit ett prioriterat område för stimulansbidraget.

Några projekt har bedrivit uppsökande och kartläggande verksamhet bland äldre. Genom föreläsningar, öppen mottagningsverksamhet och informationssatsningar i ett närområde har allmänheten informerats om psykisk ohälsa bland äldre. Vidare har man försökt nå äldre personer med depression genom att utbilda personal och frivilliga samt med uppsökande verksamhet. De äldre har därvid erbjudits stöd och behandling.

Några projekt har vänt sig till äldre med behov av krisstöd. Projekten har innehållit bl.a. samtalsstöd för äldre med psykisk ohälsa, stöd till änkepersoner samt relationssamtal för äldre makar.

Äldre med psykisk ohälsa som bor i sin ordinarie bostad är ofta i behov av stöd från samhället. Specialstödteam med undersköterskor och vårdbiträden har gett sådant stöd i ett projekt och en särskild besöksgrupp för äldre med psykisk ohälsa har prövats i ett annat projekt.

Genom forskning är det känt att äldre personer med psykisk ohälsa har sämre livskvalitet än andra äldre. Inflytandet över den egna livssituationen är också sämre än för övriga äldre. Några modeller för bättre delaktighet och inflytande har utvecklats och prövats bl.a. genom individuell behovsinventering, inrättande av individuella vårdplaner och regelbunden handledning av personal.

I ett projekt har samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatrisk verksamhet utvecklats i syfte att bättre kunna uppmärksamma och möta äldre med psykisk ohälsa/sjukdom. Man har arbetat med hälsofrämjande och förebyggande insatser samt skapat möjligheter för den äldre och dennes närstående att bli delaktiga i och kunna påverka vård och behandling. Resultat av projektet visar att man i viss mån har kunnat möta den psykiska ohälsan hos äldre i ett tidigt skede och att samarbetet mellan olika vårdorganisationer har ökat. Projektet har permanentats och utvecklingsarbetet kommer att fortsätta i ordinarie verksamhet.

Integration av äldre invandrare

Allt fler äldre har utländsk bakgrund. Många vill och behöver tala sitt modersmål och umgås med andra med liknande erfarenheter och kulturell bakgrund. De kan ha behov av särskilda stödinsatser för att ges möjlighet att leva ett gott liv på egna villkor.

Många av projekten har prioriterat hälsofrämjande åtgärder och sociala aktiviteter för olika språkgrupper. Kartläggningar och uppsökande verksamhet bland äldre invandrare har genomförts för att få underlag för utveckling av olika stödåtgärder. Kommunikationssvårigheter uppstår när det inte finns något gemensamt språk mellan den äldre och personal. I ett projekt har en metod för kommunikation i vardagliga omvårdnadssituationer utvecklats. Metoden har prövats på några geriatriska avdelningar. Slutsatserna är att patienter med annan bakgrund än den svenska i mycket liten utsträckning får förståelse för sitt behov av att få en vård som är anpassad till deras religiösa och/eller kulturellt betingade behov och att personalen inte uppmärksammar dessa behov. Projektet har bidragit till att utbildning av personal kring religion och kulturmötesfrågor har setts som viktigt.

I två projekt har man fokuserat på integration mellan äldre svenskar och äldre med utländsk bakgrund bl.a. genom lokala aktiviteter för att öka kontakterna mellan medlemmar i en pensionärsorganisation och äldre personer med utländsk bakgrund. I ett annat projekt har ett nätverk skapats för stöd och utbildning till ledare som arbetar med sociala aktiviteter för äldre personer med utländsk bakgrund. I detta projekt har man också arbetat aktivt för att informera och utbilda tjänstemän och politiker om de äldre invandrarnas situation.

För att man skall kunna skapa tillgängliga miljöer för alla oavsett funktionshinder krävs kunskaper om hur olika funktionshinder påverkar de äldres situation. För vissa funktionshinder räcker inte generell anpassning, utan det krävs särskilda lösningar inom vård och omsorg för att ge dessa äldre möjlighet att leva på egna villkor. Flera av de projekt som fått statligt stöd genom intiativmedlen utvecklar kunskap och insatser för äldre med olika former av funktionshinder. Projekt med denna inriktning har riktats till äldre med Parkinsons sjukdom, äldre döva i Norrland, äldre med psoriasis, äldre synskadade, äldre med postpoliosyndrom och äldre med utvecklingsstörning.

Sociala aktiviteter och kultur

Över hälften av de lokala projekten inom området sociala aktiviteter och kultur har haft som mål att stärka äldres möjligheter till social gemenskap och hälsa. Bland de projekt som haft särskild fokus på sociala aktiviteter kan nämnas att viktiga inslag i försöksverksamheterna har varit att skapa naturliga mötesplatser i närområdet och "lotsverksamhet" för att hjälpa isolerade äldre att hitta aktiviteter och sammanhang. Flera mötesplatser har tillkommit där både yngre och äldre, anhöriga och frivilliga samt personal inom hemtjänsten kan mötas och delta i aktiviteter.

Social samvaro och aktiviteter är viktigt även för äldre med stora omsorgsbehov. Flera av projekten riktar sig till personer i särskilda boendeformer. Det handlar om att utveckla nya arbetssätt där individuella behov och önskemål får komma fram och att skapa en givande och läkande miljö med hjälp av kultur- och naturinslag. Nya arbetssätt har utvecklats där personalen vid ett sjukhem ger "själslig omvårdnad". Man samverkar också med församlingens diakoner. Kommunens kulturarbetare har engagerats för att tillsammans med personal och boende på kommunens äldreboenden använda kulturaktiviteter i den vardagliga omvårdnaden och ge de äldre möjligheter att utifrån sina förutsättningar vara skapande.

Generationsöverskridande

IT har stått i centrum för flera generationsöverskridande projekt. Övergripande mål har varit att ungdomar ska dela med sig av sina IT-kunskaper samtidigt som de får tillfälle att lära annat av den äldre generationen. Även om inriktningen i stort sett har varit densamma har projekten bedrivits i olika former och omfattning. Det mest omfattande projektet – "Seniorer i skolan, levande kunskap" med Senior Net Sweden som huvudman – har gällt skolor på sju olika orter i landet. Den grundläggande tanken har varit att med datorns hjälp återskapa mötesplatser där äldre och unga kan umgås, samarbeta och lösa uppgifter tillsammans. På varje ort har man arbetat med egna förslag och efter lokala förutsättningar kring exempelvis skolresor, nutidshistoria och hembygdskunskap. Projektet har dokumenterats och kommer att utvärderas av Linköpings universitet.

Som exempel på "generationsprojekt" med en annan inriktning kan nämnas en satsning på fördjupad introduktion för gymnasieungdomar som under sommaren feriearbetat som ledsagare åt äldre, en satsning på medverkan av äldre i förskola och skola i syfte att begränsa ungdomsvåld samt en satsning på att skapa generationsnätverk. Andra exempel är försök att skapa möten över generationerna. Representanter för bl.a. äldreboende, förskola, skola och fritidshem har försökt att skapa förutsättningar för möten mellan unga och gamla människor. Den grundläggande tanken har varit att man skall göra saker tillsammans. Ett exempel är att den öppna förskolan haft sång och rytmik med de allra yngsta barnen tillsammans med äldre i ett särskilt boende.

Vård i livets slut

I tre projekt har man utvecklat vård i livets slutskede. Metoden har varit att skapa palliativa team som har till uppgift att stödja personalen vid äldreboenden när någon av de boende befinner sig i livets slut. Svenska kyrkan har producerat en undervisningsfilm för personal inom äldre vården med titeln Att ta avsked.

Hälsofrämjande

De hälsofrämjande projekten har omfattat bl.a. friskvård, att stimulera till social gemenskap och meningsfull sysselsättning och hälsomottagningar. I flera projekt samverkar exempelvis primärvården, pensionärsorganisationerna, studieförbunden, Svenska kyrkan och Röda Korset. Ett av projekten vände sig till pensionärer i åldern 70–75 år och syftade till att stimulera fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och meningsfull sysselsättning genom att utveckla verksamheten vid tre dagcentraler i området. Här betraktas frivilligverksamheten som en viktig aktör i det fortsatta arbetet.

Övrigt

Boendestandard är en nyckelfråga när det gäller äldres hälsa och möjlighet att leva på egna villkor. Oro för att inte kunna bo kvar i den egna bostaden kan innebära risk för psykisk ohälsa. Omvänt kan möjlighet att bo kvar och att få hjälp med standardförbättringar av boendemiljön medföra bibehållen självkänsla och psykiskt välbefinnande. Några projekt har fokus på att utveckla bostadsområden och service för att öka möjligheterna till kvarboende. I ett bostadsområde har posten, företagare, bostadsföretag, kommunen och de äldre själva tillsammans deltagit i ett arbete för att diskutera och formulera lösningar på hur möjligheten att bo kvar och leva självständigt på äldre dagar skall förverkligas.

Blekinge tekniska högskola har varit huvudman för ett projekt kring framtidens äldreboende, SeniorLiving 2000. Projektet redovisar bland annat hur morgondagens pensionärer vill att deras tillvaro skall se ut, visar på vilket sätt många pensionärer kan utgöra en resurs i ett socialt kontaktnät samt redovisar hur ny teknik inom IT-området kan underlätta bl.a. kommunikation och stödja kvarboende. Projektets idéer och visioner

omsätts i två referensanläggningar i två kommuner. Dessa anläggningar skall spegla projektets syn på framtidens äldreomsorg i storstads- och småstadsmiljö, med stort brukarinflytande och med olika politiska synsätt som utgångspunkt.

Brottsoffermyndigheten har med hjälp av stimulansbidrag genomfört en studie för att få mer kunskaper om våld mot äldre. Studien har riktat sig direkt till ett urval äldre personer i Umeå kommun. Resultaten visar att våld mot äldre kvinnor och män förekommer i en större omfattning än väntat. Rapporten har fått uppmärksamhet och spridning och fortsatta åtgärder diskuteras och bereds inom regeringskansliet.

Avslutande och resultat

Effekter och resultat från projekten har redovisats vid Idéforum 2002 Äldre på egna villkor på Norra Latin i Stockholm den 6 mars 2002. Syftet var att möjliggöra en dialog och ett erfarenhetsutbyte kring angelägna äldre frågor. Över 130 av de projekt som fått del av initiativmedlen förmedlade i seminarier och utställningar tips, idéer och erfarenheter från det utvecklingsarbete som pågår runt om i landet. Över 2000 besökare deltog.

Sammanfattningsvis kan konstateras att över 200 lokala projekt inom äldreområdet har genomförts under åren 1999–2001 med hjälp av de statliga stimulansbidragen. Kommuner, landsting och frivilligorganisationer har enskilt eller i samverkan utvecklat idéer och försöksverksamhet för att på olika sätt förbättra för äldre människor. Projekt har bedrivits inom områden som information och telefonupplysning, informationsteknologi för äldre, brukarinflytande, kvalitetsutveckling, demensvård, vård för äldre med psykisk ohälsa, äldre invandrare, sociala aktiviteter och kultur, vård i livets slut, hälsofrämjande insatser samt generationsprojekt. Projektens slutrapporter visar att många projekt har haft positiva effekter och att erfarenheterna kommer att användas på olika sätt i den ordinarie verksamheten. Det gäller exempelvis områdena brukarinflytande och socialt innehåll i äldreomsorgen. Äldre med psykisk ohälsa och demenssjukdomar och deras anhöriga är två grupper som behöver särskilda stödåtgärder. Även om många av projekten med inriktning på dessa grupper visar positiva resultat behövs ett fortsatt utvecklingsarbete för att sprida kunskaper och erfarenheter över landet. Behoven hos äldre personer med utländsk bakgrund behöver också uppmärksammas mer i fortsatt utvecklingsarbete.

5.5 Ekonomi och bostäder

Många personer som invandrar till Sverige saknar pensionsrättigheter eftersom landet de kommer ifrån saknar pensionssystem eller att de där intjänat en liten eller inte har pensionsrätt. De saknar samtidigt möjlighet att meritera sig för rätt till svensk pension som räcker till en godtagbar försörjning. Detta har medfört en ökad belastning på socialbidragssystemet och situationen är otillfredsställande. Frågan om ekonomisk trygghet för vissa äldre invandrare har utretts inom regeringskansliet.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen rätt att ta ut avgifter för omsorger och bostad i särskilda boendeformer enligt regler som kommunen själv beslutar om. Uppföljningar av kommunernas avgiftssystem har visat att tillämpningen av reglerna varierat avsevärt mellan kommunerna som ofta kunde utfalla till den enskildes nackdel. Regeringen lämnade därför förslag till riksdagen om ett förtydligande i kommunernas ansvar när det gäller att ta hänsyn till äldres och funktionshindrades behov av normal livsföring vid avgiftsberäkningen.

Efter Ädelreformen har omfattande ny- och ombyggnad av särskilda boenden skett. Trots det fanns kvarstående brister i boendestandarden. Alla äldre i särskilda boendeformer hade inte tillgång till egen toalett, dusch/bad och att dela rum med annan än make/maka var inte ovanligt. Det fanns också behov av fler särskilda boendeformer. Därför avsattes stimulansbidrag för att skapa fler platser och för att höja standarden i befintliga boenden.

5.5.1 Äldreförsörjningsstöd

Sammanfattning och bedömning: Äldre personer som inte kunnat kvalificera sig för en pension som ger tillräcklig försörjning är många gånger beroende av socialbidrag för att klara sitt uppehälle. Regeringen anser att detta är otillfredsställande. Från och med den 1 januari 2003 införs ett inkomstprövat och skattefritt statligt äldreförsörjningsstöd. Genom införandet av äldreförsörjningsstödet skall alla som har fyllt 65 år och som bor i Sverige garanteras en skälig levnadsnivå samt ersättning för skälig bostadskostnad. De blir då inte längre beroende av socialbidrag för sin försörjning.

En grupp som i ökad omfattning blivit beroende av långvarigt försörjningsstöd är äldre personer som inte kvalificerat sig för en pension som ger en tillräcklig försörjning. Normalt sett får personer i pensionsåldern sina försörjningsbehov tillgodosedda inom pensionsystemet. Det gäller dock inte för alla. För att få full folkpension måste man ha bott i landet i 40 år innan man fyller 65 år. De som invandrat under senare delen av sitt liv kan således inte kvalificera sig för en pension som är tillräcklig att leva på och är därför i många fall beroende av socialbidrag.

Ytterligare en kategori som uppstår en lägre folkpension till följd av bosättningsreglerna är de som är födda i Sverige men som har varit bosatta utomlands under ett antal år och sedan återvänt till Sverige vid pensionsåldern. Det finns även ett mindre antal personer som har varit bosatta i Sverige i 40 år och därmed har en oavkortad pension men där denna av andra skäl är reducerad. Det rör sig om personer som till följd av förtida uttag av pension eller på grund av bristande eller underlåten avgiftsbetalning får en låg pension.

Under år 1998 uppbar 10 700 personer över 65 år socialbidrag under tio månader eller mer. Det är en både nationellt och internationellt sett mycket låg nivå men likväl enligt regeringen otillfredsställande.

I syfte att garantera en skälig levnadsnivå för personer som är bosatta i Sverige och som är 65 år eller äldre föreslog regeringen i sin proposition Äldreförsörjningsstöd (2000/01:135) att ett statligt äldreförsörjningsstöd

skulle införas från och med den 1 januari 2003. Riksdagen har ställt sig bakom förslaget genom riksdagsbeslut den 14 november 2001. Stödet administreras av de allmänna försäkringskassorna och finansieras av statsmedel. Det är inkomstprövat och skattefritt. Reformen innebär att personer som är 65 år och äldre inte behöver uppsöka socialtjänsten för att få sin grundläggande försörjning tryggad.

Äldreförsörjningsstödet storlek och utbetalning

Storleken på det äldreförsörjningsstöd som lämnas beror på den stödberrättigades inkomst och om han eller hon är gift, även makens inkomst. Genom stödet skall den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå för sin försörjning och även tillförsäkras medel att täcka vissa boendekostnader. Boendekostnaderna får i likhet med vad som gäller för det särskilda bostadstillägget till pensionärer högst uppgå till 5 700 kronor för den som är ogift, och till 2 850 kronor för den som är gift. Skälig levnadsnivå till försörjningen beräknas på samma sätt som vid beräkning av särskilt bostadstillägg till pensionärer, dvs. 4 162 kronor per månad för en ogift person, enligt 2003 års prisbasbelopp, och 3 487 kronor per månad för den som är gift. Äldreförsörjningsstödet skall utbetalas månadsvis och för högst 12 månader i taget. Därefter krävs en ny ansökan.

Vistelse utomlands

Personer som invandrat till Sverige har av naturliga skäl starka band till sitt tidigare hemland. De som invandrat vid relativ hög ålder har förmodligen dessutom en starkare anknytning till sitt gamla hemland, jämfört med personer som invandrat i unga år. De som kommer att komma i fråga för äldreförsörjningsstödet föreslås därför kunna få vistas utanför det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) under en kortare period utan att rätten till äldreförsörjningsstöd upphör. Tidsgränsen är satt till tre månader och anmälningsskyldighet kommer att föreligga för den som avser att vistas i ett land utanför EES-området under mer än tre månader.

Personer som inte har bott i Sverige i 40 år innan de fyllt 65 år har inte kunnat kvalificerat sig för full folkpension och är därför i många fall beroende av socialbidrag. Det gäller även personer som av olika skäl har en reducerad pension. Genom införandet av äldreförsörjningsstöd fr.o.m. den 1 januari 2003 skall alla som har fyllt 65 år och som bor i Sverige garanteras en skälig levnadsnivå samt ersättning för skälig bostadskostnad.

Sammanfattning och bedömning: Avgifterna för insatser inom äldre- och handikappomsorgen har i vissa fall varierat avsevärt mellan kommunerna. Äldre och personer med funktionshinder har ibland fått så höga avgifter att deras levnadsnivå tangerat och ibland t.o.m. understigit normer i försörjningsstödet enligt socialtjänstlagen. I lagstiftningen har det saknats bestämmelser bl.a. om hur enskilda personers avgiftsunderlag skall beräknas.

Riksdagen har i enlighet med regeringens förslag beslutat om nya bestämmelser inom området. De nya bestämmelserna gäller fr.o.m. den 1 juli 2002. Ett högkostnadsskydd har införts för avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård samt för sådan bostad i särskilt boende som inte omfattas av hyreslagen. Den enskilde som skall betala avgift skall garanteras ett lägsta belopp som han eller hon skall ha rätt att förbehålla sig av sina egna medel innan avgift får tas ut. Från och med den 1 januari 2003 regleras vilka inkomstslag som skall ingå i avgiftsunderlaget för bestämmande av förbehållsbelopp och avgift.

De nya reglerna avser att förbättra den ekonomiska situationen för en stor del av dem som betalar avgift för vård och omsorg.

Tidigare bestämmelser

Fram till och med den 30 juni 2002 gällde att en kommun fick ta ut avgifter för bl.a. hemtjänst och bostad i särskilt boende (8 kap. 2 § socialtjänstlagen). Något i kronor preciserat belopp för högsta avgift eller förbehållsbelopp angavs inte i lagstiftningen men avgifterna skulle vara skäliga och inte överstiga kommunens självkostnader. Den enskilde skulle förbehållas tillräckliga medel för sina personliga behov, ett s.k. förbehållsbelopp. Den ekonomiska situationen för maka/sambo skulle beaktas.

Det fanns vissa luckor i tidigare lagstiftning. Det fanns exempelvis inga begränsningar av vilka inkomster som kommunen fick räkna med vid beräkningen av den enskildes avgift. Vidare saknades bestämmelser som ålade kommunen att i vissa situationer sätta ned avgiften. Överklagande av ett beslut om avgift innebar endast en begränsad prövning. Domstolarna kunde enbart pröva om ett beslut fattats på laglig grund eller inte, s.k. laglighetsprövning.

Socialstyrelsen har kontinuerligt följt upp hur kommunerna tillämpat lagstiftningen om avgifter. Det har framkommit att reglerna inte alltid gav enskilda ett tillräckligt bra skydd mot höga avgifter. Uppföljningarna visade också att reglernas utformning gav kommunerna ett stort tolkningsutrymme. Detta medförde att avgifternas och förbehållsbeloppets storlek samt vad förbehållsbeloppet skulle täcka varierade avsevärt mellan kommunerna. Även inom en kommun kunde utfallet för enskilda variera i dessa avseenden.

Mot bakgrund av de luckor och brister som fanns i tidigare lagstiftning beslutade riksdagen i november 2001 om nya regler och bestämmelser för avgifter inom äldre- och handikappomsorgen (prop. 2000/01:149, bet. 2001/02SoU3, rskr. 2001/02:15).

Regleringen innebar bl.a. att ett högkostnadsskydd för dels avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård, dels för bostad i sådant särskilt boende som inte omfattas av 12 kapitlet jordabalken (hyreslagen) infördes i socialtjänstlagen (2001:453) fr.o.m. den 1 juli 2002. Det högsta beloppet för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård anges i en viss andel av prisbasbeloppet och motsvarar i 2002 års prisnivå 1 516 kronor per månad och för bostad i särskilt boende 1 579 kronor per månad. Syftet med högkostnadsskyddet är att säkerställa att den enskilde skyddas mot allt för höga avgifter. Vidare infördes preciserade regler om förbehållsbelopp. I socialtjänstlagen (2001:453, SoL) anges att den enskilde skall ha ett lägsta belopp (minimibelopp) innan avgift får tas ut. Beloppet skall täcka den enskildes normala levnadskostnader, förutom boendekostnaden. Beloppets nivå anges som andel av prisbasbeloppet och innebär i 2002 års prisnivå 4 087 kronor per månad för ensamstående och 3 424 kronor för sammanlevande makar och sambor.

Under vissa förutsättningar skall kommunen fastställa minimibeloppet till en högre nivå. Det gäller om den enskilde på grund av särskilda omständigheter (personliga behov) varaktigt har behov av ett högre belopp. I vissa speciella fall ges kommunerna möjlighet att fastställa beloppet till en lägre nivå. Den enskilde skall utöver detta förbehållas medel för sin boendekostnad.

Samtidigt med dessa förändringar har regler införts som gör det möjligt att genom förvaltningsbesvär överklaga ett individuellt beslut som rör avgifternas storlek.

Fr.o.m. den 1 januari 2003 regleras i socialtjänstlagen vilka inkomstslag som skall ingå i avgiftsunderlaget för bestämmande av förbehållsbelopp och avgift. Med avgiftsunderlag avses den inkomst som den enskilde kan antas komma att få under de närmaste tolv månaderna fördelad med lika belopp per månad. Avgiftsunderlaget skall beräknas på i princip samma sätt som när inkomster beräknas inom ramen för lagen om bostadstillägg till pensionärer m.fl. samt till lag om äldreförsörjningsstöd. Det innebär bl.a. att underlaget skall beräknas utifrån aktuella förvärvs- och kapitalinkomster som är skattepliktiga enligt inkomstskattelagstiftningen med tillägg för vissa typer av ersättningar som är undantagna från beskattning i Sverige. Bostadsbidrag, bostadstillägg och särskilt bostadstillägg skall anses som inkomst.

På en viktig punkt skiljer sig reglerna för beräkning av avgiftsunderlag för äldre- och handikappomsorg från beräkningsreglerna avseende inkomster enligt lag om bostadstillägg till pensionärer m.fl. samt lag om äldreförsörjningsstöd. Det gäller frågan om kapital. Vid beräkning av avgiftsunderlag skall enbart faktisk avkastning på kapital räknas som inkomst och således vara avgiftsgrundande. I reglerna för beräkning av bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd påverkar både avkastningen och kapitalet i sig bidragets storlek. Syftet med regleringen är att ange en

yttersta ram för beräkningen av avgiftsunderlaget. Kommunerna har dock möjlighet att beräkna avgiftsunderlaget på ett sätt som är mer förmånligt för omsorgstagarna än vad reglerna anger.

Socialstyrelsen har givit ut två meddelandeblad som innehåller en sammanställning av ändringar i socialtjänstlagen, kommentarer från regeringens proposition (2000/01:149) Avgifter inom äldre- och handikappomsorg samt Socialutskottets betänkande (2001/02:SoU3) Avgifter inom äldre- och handikappomsorg. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp de nya bestämmelserna och kommunernas avgiftssystem.

Rätten till en god vård och omsorg är viktiga inslag i den generella välfärdspolitiken som inte får undermineras av orättvisa avgifter som kan försätta äldre i situationer där de inte klarar normala utgifter. De nya reglerna avser att förbättra den ekonomiska situationen för en stor del av dem som betalar avgift för vård och omsorg. Särskilt viktigt är att förbättra den ekonomiska situationen för kvinnor äldre än 75 år med mycket låga pensioner. De som skall betala avgift skall garanteras ett lägsta belopp som han eller hon skall ha rätt att förbehålla sig av sina egna medel innan avgift får tas ut. Det nya avgiftssystemet har varit i kraft i knappt sex månader och kritik har framkommit som tyder på att avgiftsreglerna i vissa fall inte har uppnått avsedda effekter. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp effekterna av det nya avgiftssystemet.

5.5.3 Fler äldreboendestäder

Sammanfattning och bedömning: Trots de omfattande ny- och ombyggnationer av särskilda boenden som skett i kommunerna efter Ädelreformen kvarstår behovet av att bygga nya bostäder för äldre personer samt bygga om och höja standarden på befintliga bostäder.

Riksdagen har på regeringens förslag i handlingsplanen anslagit medel motsvarande 400 miljoner kronor för att påskynda utvecklingen mot nya och bättre bostäder för äldre. Genom stimulansbidraget har cirka 5 700 bostäder tillkommit. Av dessa är cirka två tredjedelar ombyggda bostäder och resterande del nybyggda äldreboendestäder.

Antalet icke verkställda beslut och domar inom äldreomsorgen beror framförallt på bristen av särskilt boende och regeringen bedömer att ett stort antal bostäder behöver tillkomma.

Antalet platser i särskilt boende har varit otillräckligt och de boendes behov av självständighet och integritet var inte tillgodosett överallt. Därför avsatte regeringen ytterligare resurser för att skapa fler platser i äldreomsorgen samt till att förbättra kvaliteten i befintliga boenden.

Ett särskilt stimulansbidrag på 400 miljoner kronor utgick under åren 1998 och 1999. Bidraget lämnades för ny- och ombyggnad av särskilda boendeformer enligt 20 § socialtjänstlagen (nuvarande 5 kap. 5 §). För att erhålla stimulansbidrag fanns krav på att ny- och ombyggnadsarbetena skulle ha påbörjats senast den 20 mars 1998 och avslutats senast den 31 december 2000. Totalt har 380 miljoner kronor fördelats på cirka

170 projekt beviljats. Av dessa har cirka 55 procent gått till nybyggnadsprojekt och resterande till ombyggnadsprojekt.

Resultatet av satsningen är att cirka 5 700 bidragsstödda äldreboendestäder skapats under perioden. Av dessa är cirka två tredjedelar ombyggda boendestäder och resterande del nybyggda äldreboendestäder. Genom ombyggnadsprojekt har lokaler, befintliga boendestäder och äldreboendestäder byggts om till moderna, ändamålsenliga äldreboendestäder. Ombyggnadsprojekten har visserligen inte medfört något stort numerärt tillskott av platser för äldre, men de boendestäder och platser som har byggts om har ökat i standard och modernitet, vilket avsevärt förbättrat de äldres boendemiljö och personalens arbetsmiljö. Exempel på ombyggnadsprojekt är enkelrum på institution som byggts om till äldreboendestäder, servicelägenheter och äldreboendestäder som byggts om till gruppboendestäder och vårdenheter som byggts om till äldreboendestäder. Totalt sett, inberäknat tillskottet genom nybyggnation, uppskattas nettotillskottet till cirka 2 800 boendestäder.

Boverket bedömer i sin redovisning av effekterna av stimulansbidraget att anslaget har bidragit till ett ökat antal projekt. Många projekt har kunnat tidigareläggas eftersom bidraget medverkat till att förkorta den politiska processen. Man har fått fram fler boendestäder under kortare tid än vad som i normala fall hade varit möjligt. Mindre län har framfört att projekteringstiden för produktion av äldreboendestäder är lång och det är därför viktigt att ett stimulansbidrag för ökat byggande gäller under en längre period än 2–3 år.

Länsstyrelserna har framfört att kommunernas behov av stöd för om- och nybyggnad av äldreboendestäder redan nu är stort, och att det kommer att öka alltmer i och med det ökande antalet äldre i samhället.

Genom stimulansbidraget har fler boendestäder tillkommit på kortare tid än vad som annars varit möjligt, vilket bl.a. inneburit att betydligt färre personer numera delar särskilt boende med annan än make/maka. Genom ombyggnad har även standarden i befintliga äldreboendestäder ökat. Behov av fler äldreboendestäder kvarstår dock i vissa kommuner. I ett 20-tal kommuner har andelen personer med delat boende ökat sedan 1997 och på andra håll får enskilda vänta på verkställighet av beslut på plats i särskilt boende på grund av platsbrist. Antalet icke verkställda beslut och domar inom äldreomsorgen beror framförallt på bristen av särskilt boende och regeringen bedömer att ett stort antal boendestäder ytterligare behöver tillkomma. Det kan också finnas behov av att utveckla kvaliteten i hemtjänsten och hemsjukvården för att förebygga att denna situation uppstår. I budgetpropositionen för år 2003 (prop. 2002/03:1, utgiftsområde 18), aviserar regeringen att undersöka möjligheterna för stöd till ökad produktion av äldreboendestäder.

5.6.1 Ny socialtjänstlag m.m.

Sammanfattning och bedömning: De äldres rättssäkerhet har stärkts bl.a. genom införandet av anmälningsskyldigheten för personal och andra verksamma inom vård och omsorg av äldre vad gäller allvarliga missförhållanden, samt genom återinförandet och förstärkningen av överklagningsrätten. De äldres rättssäkerhet har stärkts också genom att en sanktionsavgift kan åläggas en kommun eller ett landsting som dröjt för länge med att verkställa ett domstolsavgörande.

Den nya socialtjänstlagen (2001:453, SoL) gäller fr.o.m. den 1 januari 2002. Vissa ändringar har beslutats vad gäller bestämmelser om äldre människor. En ny formulering i 5 kap 4 § SoL infördes:

Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Syftet med bestämmelsen är att betona att det är angeläget att socialtjänsten stödjer människor som är ensamma och isolerade.

En ändring har gjorts så att alla beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § kan överklagas. Bistånd kan bl.a. ges genom stöd och hjälp i hemmet och biståndet skall utformas så att den enskilde dels tillförsäkras en skälig levnadsnivå och dels att hjälpen håller en viss kvalitet så att den enskildes förutsättningar att klara sin livsföring förbättras.

Med den nya bestämmelsen i 13 kap. 4 § har länsstyrelserna möjlighet att utöva en aktivare tillsyn genom att de fått rätt att ingripa mot vissa kommunala verksamheter. Länsstyrelserna har även tidigare haft möjlighet att meddela föreläggande för att komma till rätta med missförhållanden i framför allt privat driven verksamhet. De har också kunna stänga verksamhet om missförhållandena inte åtgärdats. Från och med år 2002 gäller detta även kommunal verksamhet i den del den utgörs av hemtjänst eller särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionshinder.

Regeringen kan konstatera att de äldres rättssäkerhet har stärkts bl.a. genom införandet av anmälningsskyldigheten för personal och andra verksamma inom vård och omsorg av äldre vad gäller allvarliga missförhållanden, samt återinförandet och förstärkningen av överklagningsrätten och att en sanktionsavgift kan åläggas en kommun eller ett landsting som dröjt för länge med att verkställa ett domstolsavgörande. Patientens ställning har också stärkts genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Behörigheten för den som är ställföreträdare för en person med nedsatt beslutsförmåga kan behöva förtydligas eller revideras, särskilt i det fallet att huvudmannen skall bli föremål för någon vård- eller omsorgsinsats. Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare utreder för närvarande frågor om rättsskyddet för bl.a. äldre personer som inte längre har förmåga att fatta egna beslut. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

Sammanfattning och bedömning: Rätten för äldre personer som till följd av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom och har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser att flytta till annan kommun trädde i kraft den 1 januari 1999 och regleras i 2 kap. 3 §. socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Socialstyrelsen har följt upp effekterna av den nya bestämmelsen och rapporterar att andelen bifall minskat mellan åren 1998 och 2000 liksom antalet verkställda beslut. Bristen på särskilt boende var den främsta orsaken till att beslut inte verkställdes. Majoriteten av ansökningarna avsåg kommuner i samma län och flödet av ansökningar går i huvudsak från storstad till kranskommuner. Det viktigaste skälet till att de äldre önskar flytta är att de vill komma närmare sina anhöriga. Socialstyrelsens slutsats är att tillämpningen av 6 h § (nuvarande 2 kap. 3 §) socialtjänstlagen fungerar väl i de flesta kommuner. Många äldre har kommit närmare sina anhöriga genom möjligheten att flytta.

Regeringen kommer att fortsätta följa utvecklingen inom området.

År 1998 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453, SoL), bl.a. 6 h § (nuvarande 2 kap. 3 §). Den behandlar rätten att flytta till annan kommun för personer som till följd av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och är i behov av insatser i inflyttningsskommunen. Bakgrunden till lagen är att tidigare var äldre personers möjlighet att flytta till särskilt boende i annan kommun begränsad. Personer som ansökte om särskilt boende i annan kommun kunde få vänta länge då hemkommunens äldre prioriterades.

Socialstyrelsen har följt upp effekterna av lagen under åren 1998 och 2000. Enligt Socialstyrelsens senaste rapport, Äldres rätt att flytta – kommunernas tillämpning av 6 h § SoL, har antalet ansökningar minskat med 15 procent mellan åren, från 2 400 till 2 000 ansökningar. Andelen bifall minskade med 10 procent och andelen verkställda beslut minskade med 20 procent. Andelen personer med beviljad insats som väntade på verkställighet av beslutet låg oförändrat kvar på drygt 20 procent vilket under år 2000 rörde sig om ca 200 personer. De kommuner som bifallit samtliga eller ett stort antal ansökningar om särskilt boende enligt 6 h § var de som disponerade ett stort antal särskilda boenden eller som för tillfället disponerade ett antal vakanta platser.

Andelen avslagsbeslut ökade mellan åren 1998 och 2000 med 30 procent. Det vanligaste motivet för avslagsbeslut är att personen inte har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Andra motiv för avslagsbeslut är att det saknas plats i särskilt boende eller att behovet inte kan tillgodoses inom tre månader samt att behovet av särskilt boende inte är styrkt.

Antalet verkställda beslut, som är färre än antalet bifallsbeslut, minskade med 20 procent mellan åren 1998 och 2000. Den främsta orsaken som angavs var bristen på platser i särskilda boenden. Av det totala antalet bifallsbeslut (952) verkställdes 70 procent (662) under år 2000 och många verkställdes under år 2001. Personer som sökt bostad i

servicehus eller ett visst öronmärkt boende får i regel avsevärt längre väntetider än de som är i akut behov av flyttning till, t.ex. sjukhem. Kommunerna är mer restriktiva i biståndsbedömningen än tidigare, bl.a. beroende på brist på särskilda boenden.

Majoriteten av ansökningarna gjordes mellan kommuner i samma län. Det viktigaste skälet till de äldres önskan att flytta är att komma närmare sina anhöriga. Andra önskar flytta till den kommun där man haft sitt yrkesverksamma liv för att återfå de kontakter man byggt upp under sitt arbetsliv. Ytterligare en grupp är de som ansöker om flyttning för att snabbare få en plats i särskilt boende eller en högre kvalitet även om det innebär längre avstånd från sina barn.

Huvudtendensen är att det är kommuner i storstadsområdena som erhållit flest ansökningar. Flödet av ansökningar går där i huvudsak från storstad till kranskommuner.

Kommunernas tolkning av lagen varierar och tillämpningen av lagen bestäms av de riktlinjer som antas av kommunerna. Skälen för bifall till särskilt boende kan variera mellan kommunerna. Det innebär att en person som bor i särskilt boende i hemkommunen och ansöker om samma insats i utflyttningkommunen kan få avslag på grund av olikheter i riktlinjer och tillämpning av lagen.

Under året fick 82 av landets kommuner ökade kostnader med cirka 85 miljoner kronor och 95 kommuner fick minskade kostnader med cirka 72 miljoner kronor på grund av nettoinflyttning av personer som ansökt om flyttning enligt 6 h § SoL.

Socialstyrelsens slutsatser är att införandet av 6 h § SoL (nuvarande 2 kap. 3 §) fungerar väl i sin tillämpning i de flesta kommuner. Många äldre har kommit närmare sina anhöriga genom möjligheten att flytta, vilket var huvudsyftet med reformen.

Regeringen kommer att fortsätta följa utvecklingen inom området.

5.8 Domstolstrots och icke verkställda beslut

Sammanfattning och bedömning: Under de senaste åren har rättssäkerheten inom äldreomsorgen kommit i blickpunkten eftersom många som beviljats insatser inom äldreomsorgen har fått vänta oacceptabelt lång tid på verkställighet av besluten. Bristen på särskilt boende och svårigheter att rekrytera personal anges vara några av huvudorsakerna. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har under de senaste åren skärpt sin tillsyn över kommunernas handläggning och dokumentation samt planering av resurser för äldreomsorgen.

Den 1 juli 2002 infördes regler i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) med innebörd att kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa avgöranden angående insatser enligt dessa båda lagar skall kunna åläggas att betala en sanktionsavgift.

Regeringen anser att det är helt oacceptabelt i en rättsstat att domstolsavgöranden som beslutats i laga ordning inte respekteras och att gynnande kommunala beslut inte verkställs. Det är regeringens förhoppning att kommunalt domstolstrots skall motverkas och den enskildes rättsskydd stärkas genom bl.a. möjligheten att ålägga kommuner och landsting en

sanktionsavgift. Vilka åtgärder som är lämpliga för att komma till rätta med problemet med underlåtenhet hos kommuner och landsting att verkställa sina egna gynnande beslut bereds inom Regeringskansliet.

Skr. 2002/03:30

Det förekommer att kommuner sätter sig över de allmänna förvaltningsdomstolarnas avgörande, s.k. domstolstrots. Med domstolstrots avses vanligen fall då verkställigheten av ett för den enskilde gynnande avgörande dröjt eller helt uteblivit.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har kartlagt och analyserat icke verkställda beslut och avgöranden enligt 6 f § SoL och 9 § LSS den 1 januari 2001. Projektet har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens och länsstyrelsernas nationella program för social tillsyn.

Totalt fanns 47 domar avseende 6 f § SoL som inte var verkställda varav 44 domar gällde särskilt boende och där sju domar gällde personer yngre än 65 år. Västra Götalands län hade flest icke verkställda domar av de 14 län som hade icke verkställda domar. En kommun hade 13 icke verkställda domar vilket var flest bland kommunerna.

I propositionen Åtgärder mot kommunalt domstolstrots (2001/02:122) föreslogs åtgärder som har till syfte att motverka kommunalt domstolstrots. Bland annat föreslogs ändringar i SoL och LSS. Ändringarna innebär att en sanktionsavgift skall kunna åläggas kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa domstolsavgöranden angående insatser enligt dessa lagar. Sanktionsavgiften beslutas av förvaltningsdomstol efter ansökan av länsstyrelsen och kan uppgå till mellan 10 000 kronor och en miljon kronor. Om avgörandet inte verkställs trots att kommunen eller landstinget ålagts en sanktionsavgift kan en ny sanktionsavgift dömas ut för ytterligare period. En sanktionsavgift får dömas ut bara om länsstyrelsens ansökan delgetts kommunen eller landstinget inom två år från det att domen om insatsen eller biståndet har vunnit laga kraft. Syftet med sanktionsavgift är att avgiften skall sättas så högt att den fungerar som ett påtryckningsmedel att verkställadomstolsavgöranden. Bestämmelserna om sanktionsavgift trädde i kraft den 1 juli 2002 och ersätter den tidigare möjligheten att vitesförelägga kommuner och landsting att följa en lagakraftvunnen dom.

Underlåtenhet hos kommuner och landsting att verkställa egna gynnande beslut är ett stort problem. Enligt gällande rätt skall beslut om insats/bistånd verkställas inom rimlig tid. Att hänvisa till resursbrist, planeringssvårigheter eller rekryteringsproblem är i princip inte godtagbart. Justitieombudsmannen har uttalat att det är viktigt att nämnden klarlägger om insatsen kan tillhandahållas inom rimlig tid. Enligt Justitieombudsmannens utlåtande kan Socialstyrelsens tidigare allmänna råd 1994:3 om att verkställighet bör ske inom tre månader även idag tjäna som riktlinje (Dnr 2577–2000, beslut 2000–09–06).

Socialstyrelsen rapporterar att det i alla län fanns icke verkställda beslut enligt 6 f § SoL. Totalt fanns 3 051 icke verkställda beslut varav 2 751 gällde personer 65 år och äldre och 137 gällde personer yngre än 65 år. Stockholms län och Västra Götalands län hade närmare hälften av de icke verkställda besluten. I förhållande till befolkningen hade Gotlands län flest icke verkställda beslut. Cirka 95 procent av de icke verkställda besluten rörde boende och resterande gällde hjälp i hemmet.

De vanligaste orsakerna som anges till att beslut inte verkställts är brist på särskilt boende och svårigheter att rekrytera personal. Ett annat problem är att kommunerna hanterar beslut och avslag om ansökan till särskilt boende olika. Exempelvis får i vissa kommuner enskilda vänta på beslut tills insatsen finns att tillgå och i andra kommuner får enskilda beslut om avslag trots att ett bedömt behov föreligger. Enskilda tackar även nej till erbjuden bostad av skäl som exempelvis att man sökt till ett specifikt särskilt boende eller att tidpunkten inte passar.

Regeringen anser att det är helt oacceptabelt i en rättsstat att gynnande domstolsavgöranden som beslutats i laga ordning inte respekteras och att kommunala beslut inte verkställs. Det är regeringens förhoppning att kommunalt domstolstrots skall motverkas och den enskildes rättsskydd stärkas genom bl.a. möjligheten att ålägga kommuner och landsting en sanktionsavgift. Vilka åtgärder som är lämpliga för att komma till rätta med problemet med underlåtenhet hos kommuner och landsting att verkställa sina egna gynnande beslut bereds inom Regeringskansliet.

6 Övriga satsningar av betydelse för äldrepolitiken

6.1 Hälso- och sjukvård

Sammanfattning och bedömning: Flera viktiga förändringar i lagstiftningen om hälso- och sjukvård som berör äldre har genomförts, bl.a. rätten att välja fast läkare inom landstinget, patientens rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

En växande andel av patienterna inom akutsjukvården utgörs av mycket gamla människor. Medelvårdtiderna på sjukhus har minskat kontinuerligt främst inom psykiatri och geriatrik. Antalet vårdtillfällen bland de äldsta patienterna ökar stadigt samtidigt som vårdtiden har minskat. Många av de äldre som skrivs ut från sjukhuset har kvarstående behov av vård och omsorg som kan vara omfattande. Det finns behov av att analysera de äldres tillgång till akutsjukvård, samt kvaliteten på den vård och det omhändertagande som äldre får inom akutsjukvården. Det är även viktigt att belysa orsakerna till inläggning på sjukhus, liksom hur man skall åstadkomma en smidig återgång till eget boende.

De nya reglerna i tandvårdslagen (1985:125) innebär bl.a. att äldre som bor i ordinär bostad och har omfattande behov av vård, omsorg eller service eller har hemsjukvård har rätt till gratis uppsökande munvårdsbedömning.

I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården anges flera områden som regeringen förväntar sig skall förbättras för de äldre, bl.a. medicinskt omhändertagande, stöd för äldre med psykisk ohälsa, stödet till anhöriga som vårdar en närstående samt den kommunala primärvården.

Regeringen anser att de äldres tillgång till sjukvård samt kvaliteten på vården och omhändertagandet måste förbättras. Regeringen avser att fortlöpande följa utvecklingen.

Den 1 januari 1999 trädde flera viktiga bestämmelser i kraft som syftar till att i olika avseenden stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården (1982:763, HSL).

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen infördes ett förtydligande som innebär att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt inte får begränsas till ett visst geografiskt område i landstinget. Landstingen beslutar själva om patienterna får välja sin fasta läkarkontakt utanför landstingsområdet. Någon lagstadgad rätt att välja sjukhus finns inte. Från och med den 1 juli 2001 gäller en rekommendation från Landstingsförbundet, som bland annat innebär att patienter som har remiss till specialistsjukvård/sjukhusvård, bör ha möjlighet att fritt välja specialistmottagning eller sjukhus var som helst i landet. Samtliga landsting/regioner har beslutat att tillämpa rekommendationen.

Även patientens rätt till information preciserades och lyftes fram i nya bestämmelser (2 b § och 3 a § HSL). Patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vårdgivaren ska också ta hänsyn till patientens val av behandling där två eller flera alternativ är möjliga. En annan viktig bestämmelse som infördes är bestämmelsen om att landstinget ska vara skyldig att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second-opinion). Det ska dock handla om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Patienten ska stå inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar, eller också ska det avse ett val som har stor betydelse för patientens framtida livskvalitet. Ett annat villkor är att det ska saknas klar och entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rätten att ta ut avgifter för hälso- och sjukvård regleras i 26 § HSL. Enligt huvudregeln får avgifter tas ut enligt de grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. Patienter inom landstinget respektive kommunen skall dock behandlas lika. När det gäller slutenvård får landstingen fastställa avgifter i olika inkomstintervall. Dessa avgifter får emellertid aldrig överstiga den i lagen angivna högsta avgiften för slutenvård på 80 kronor per vård dag. (Se även avsnitt 5.5.2 Nya och ändrade bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.)

6.1.2 Vårdtider och vårdplatser i slutenvård

En kraftig minskning av antalet platser för vård på sjukhus skedde i samband med Ädelreformen år 1992 när de s.k. "långvårdsplatserna" överfördes från landstingen till kommunerna. Även inom geriatriken har antalet slutenvårdsplatser fortsatt att minska.

Psykiatrireformen som trädde i kraft år 1995 innebar bl.a. att kommunernas ansvar för psykiskt funktionshindrade förtydligades och i viss mån utökades. Slutenvårdsplatserna har minskat även inom detta område.

Tabell 3 Antalet sjukhusplatser inom olika vårdgrenar 1992 och 1999

Skr. 2002/03:30

År	1992	1999
Antal Sjukhusplatser		
Medicin/kirurgi	29 794	20 831
Psykiatri	11 846	5 786
Geriatrisk	7 983	3 502
Övrigt	2 961	2 636
Totalt	52 584	32 755

Källa: Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2001

Medelvårdtiderna har minskat kontinuerligt, främst inom psykiatri och geriatrik. Inom geriatriken har t.ex. medelvårdtiden minskat från 133,4 dagar år 1990 till drygt 18 dagar år 1998.

Andelen vårdtillfällen och den totala vårdtiden (räknat i dagar) relaterade till ålder har förändrats dramatiskt på 1990-talet. En stadig ökning av antalet vårdtillfällen kan noteras bland de äldsta patienterna. De äldres andel av den totala vårdtiden har samtidigt minskat ännu mer. Detta betyder en ökad genomströmning av äldre inom akutsjukvården, dvs. fler läggs in på sjukhus men stannar kortare tid. Många av de äldre som skrivs ut från sjukhuset har dock kvarstående behov av vård och omsorg, som kan vara omfattande.

Andelen medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk vård som väntar på annan vårdform har enligt Landstingsförbundets uppföljning sjunkit under 1990-talet och utgjorde 6,6 procent av de inskrivna patienterna år 1999 jämfört med 9,8 procent år 1992. Andelen patienter som varit färdigbehandlade mer än en vecka har också minskat kraftigt. Den helt övervägande andelen medicinskt färdigbehandlade patienter är äldre.

Socialstyrelsen konstaterar i sin slutrapport år 2002 om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken att svensk sjukhusvård blivit hårt trimmad, vilket har lett till att tempot i akutsjukvården har drivits upp. Möjligheterna till fysisk och psykisk återhämtning är ofta mycket små. Många äldre lämnar sjukhusen med kvarstående behov av vård och omsorgsinsatser som kommuner och landsting kan ha svårt att tillgodose, trots att stora ansträngningar görs.

Socialstyrelsen har genomfört en inventering av äldre patienter som var inlagda på medicinklinik. Inventeringen visade bl.a. att nio av tio patienter lades in akut och att sju av tio hade vårdats kortare tid än tio dagar. Två av tre bedömdes kunna återgå till tidigare boende efter en vecka. Den vanligaste orsaken till inläggning var ett akut insjuknande. Ett mycket stort antal diagnoser förekom, även om hjärt- och kärlsjukdom, lungsjukdomar och infektion med feber var vanligast. De flesta hade flera diagnoser och många läkemedel. Behovet av hjälp med måltider, toalettbesök och förflyttning var stort, framför allt i den allra äldsta åldersgruppen. Nedsatt psykisk funktionsförmåga var vanligt förekommande. Vårdplanering med kommunen skedde inte rutinmässigt. Andelen som förväntades bli utskrivna till egen bostad var 42 procent. Därefter var det vanligast med utskrivning till äldreboende och korttidsboende inom kommunen (15,2 respektive 12,7 procent). Ca 4,5 procent förväntades skrivas ut till geriatrisk klinik och 3,4 procent förväntades avlida. För 17,3 procent gick utgången inte att förutsäga. Det övervägande fler-

talet ansågs behöva medicinklinikens kompetens och resurser. Av dem kom närmare 80 procent från eget boende. I nio fall av tio ansågs inläggningarna medicinskt motiverade.

Socialstyrelsen konstaterar att vårdtillfället ofta är kritiskt och t.ex. i många fall innebär att man skrivs ut till kommunalt äldreboende efter att tidigare ha bott i eget hem. Samtidigt innebär vårdtillfället ett unikt tillfälle att tillsammans med patient och anhöriga ta ställning till och planera åtgärder och behandlingar för den närmaste framtiden efter utskrivningen. Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är i dessa lägen avgörande.

Ett problem som Socialstyrelsen pekar på är när den specialiserade hälso- och sjukvården möter de många multisjuka äldre. Detta kan leda till inställningen att det är "någon annan" som skall ta hand om den gamla människan. Den ovan nämnda studiens resultat pekar på ett behov att kritiskt granska de äldres vård inom akutsjukvården, både när det gäller de äldres tillgång till vården och kvaliteten på vården och omhändertagandet.

6.1.3 Vård i livets slutskede

År 1997 tillsattes en statlig utredning, Kommittén om vård i livets slutskede, (Dir. 1997:174) med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur man kan förbättra livskvaliteten för dem som är svårt sjuka och döende, deras familjer och närstående. Kommittén överlämnade sitt slutbetänkande, Döden angår oss alla - Värdig vård i livets slutskede (SOU 2001:6). Kommitténs huvudförslag är att alla patienter oavsett diagnos i livets slutskede skall tillförsäkras en palliativ vård på lika villkor över hela landet. Även ett stort antal andra förslag lämnas, som i huvudsak är av den karaktären att de kan genomföras av kommuner och landsting.

Betänkandet har remissbehandlats. Regeringen har inte tagit ställning till den fortsatta behandlingen av kommitténs förslag.

6.1.4 Tandvård

Den 1 januari 1999 infördes särskilda bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125) om tandvård för vissa äldre och funktionshindrade. Landstingen fick ansvaret för att bedriva uppsökande verksamhet bland personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade m.fl., vilket bl.a. innebär att den aktuella personkretsen skall erbjudas en avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning. Patienten har sedan rätt att få den tandvård som visar sig nödvändig mot en avgift enligt de bestämmelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller för besök i öppen hälso- och sjukvård. Personer som omfattas av bestämmelserna kan också få nödvändig tandvård enligt hälso- och sjukvårdens avgiftsbestämmelser även om de inte blivit uppsökta. Den berättigade personkretsen beräknas uppgå till närmare 200 000 personer, varav huvuddelen är äldre.

Regeringen föreslog i propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) förbättringar i tandvårdsstödet riktade till äldre.

Propositionen antogs av riksdagen. Från och med den 1 juli 2002 har tandvårdssättningen för flertalet åtgärder i den s.k. bastandvården höjts från ett grundbelopp till ett och ett halvt grundbelopp. För undersökning, som tidigare inte subventionerats för personer över 30 år, skall ett grundbelopp på 106 kronor betalas ut för personer som fyller minst 65 år under året. Vidare införs ett högkostnadsskydd för protetik som innebär att den enskildes kostnad för fasta eller avtagbara proteser under en behandlingsomgång inte skall överstiga 7 700 kronor.

I propositionen anför regeringen att ett högkostnadsskydd för tandvård på sikt bör införas för alla. I ett läge där det ekonomiska utrymmet för en sådan reform saknas finner regeringen dock flera skäl för att i första hand förbättra stödet för de äldre. De som nu är gamla har haft betydligt sämre förutsättningar för att behålla en god tandhälsa. De har inte fått del av förebyggande åtgärder på samma sätt som yngre generationer, vilket har lett till att många nu har omfattande tandvårdsbehov. I 65-årsåldern avslutar de flesta sitt yrkesverksamma liv. Inkomsten minskar oftast avsevärt i samband med pensioneringen, vilket är ett viktigt skäl för att det förbättrade stödet skall gälla fr.o.m. 65 års ålder.

6.1.5 Läkemedel

För många äldre som bor i särskilda boendeformer är det svårt att själva svara för hanteringen av de läkemedel som de behöver. Det har lett till att man i många boendeformer har inrättat särskilda läkemedelsförråd där de boendes läkemedel förvaras. Ett annat problem är att en stor mängd läkemedel kasseras då äldres sjukdomsbild förändras, vilket kräver fortlöpande anpassningar av läkemedelsförskrivningarna.

Regeringen föreslog i propositionen De nya läkemedelsförmånerna (prop. 2001/02:63) att landstingen skulle få möjlighet att efter framställning av en kommun besluta att inrätta ett läkemedelsförråd vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre. Läkemedlen ur förrådet är kostnadsfria för de boende och landstingen står för kostnaderna. Även för patienter inom hemsjukvården öppnades möjligheter att få läkemedel på detta sätt. Riksdagen biföll propositionen och ändringarna trädde i kraft den 1 oktober 2002.

6.1.6 Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

I propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) lägger regeringen fram förslag för att förbättra primärvården, äldrevården och psykiatrin. Kommuner och landsting får under åren 2001–2004 ett ekonomiskt tillskott på närmare 9 miljarder kronor för att förbättra hälso- och sjukvården. I propositionen anges bl.a. att äldre skall få en bättre hälso- och sjukvård genom bättre medicinskt omhändertagande. Samverkan mellan olika delar av vården skall bli bättre. Vidare skall äldre med psykisk ohälsa få ett tidigare och bättre stöd.

Regeringen anser att äldre, liksom människor med funktionshinder, i största möjliga utsträckning bör få möjlighet att få sina vårdbehov tillgo-

dosedda på ett sätt som är integrerat i eget boende och vardagsliv. Även den som har omfattande och långvariga behov av vård skall kunna bo kvar hemma, i det ordinarie boendet eller i ett särskilt boende. Det är dock angeläget att komma till rätta med de brister som finns i den kommunala primärvården, för att vården skall fungera på det sätt som var avsikten med Ädelreformen. Det innebär enligt regeringen att äldres och funktionshindrades behov av hjälp av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och rehabiliteringspersonal, liksom tillgång till den samlade sjukvårdens resurser måste stärkas. Stödet till dem som vårdar anhöriga är också viktigt.

I handlingsplanen har regeringen, Landstingsförbundet samt Svenska kommunförbundet kommit överens om att landstingen och kommunerna aktivt skall satsa på att öka kompetensen hos de anställda för att höja kvaliteten på den medicinska vården. Fler personer med högskoleutbildning, t.ex. sjuksköterskor, bör anställas. Fler sjuksköterskor skall också få möjlighet att fördjupa sina medicinska kunskaper. Läkarmedverkan i vården av äldre och funktionshindrade i särskilda boenden och i hemsjukvården skall förbättras. Det skall vara möjligt att vid behov snabbt få kontakt med läkare och få en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök oavsett vilken tid på dygnet det är. Samverkan mellan kommuner och landsting samt socialtjänst måste förbättras. Patienten skall inte behöva bry sig om huruvida det är landstinget, olika delar av landstinget eller kommunen som utför vården. Det är viktigt för äldre människor att inte behöva byta vårdgivare i onödan. Den medicinska omvårdnaden i särskilt boende måste vara så bra att patienten normalt kan få den hälso- och sjukvård han eller hon behöver där. Kommuner och landsting måste samverka för att samordna vården för gemensamma patientgrupper.

Anhöriga som vårdar sjuka, äldre eller funktionshindrade människor skall även i fortsättningen erhålla stärkt stöd i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

I handlingsplanen konstateras att psykisk ohälsa hos äldre är ett dolt problem. Eftersom äldres symtombild på psykisk ohälsa skiljer sig från yngres behovs särskild kunskap för att uppmärksamma och behandla äldre med psykisk ohälsa. Det är viktigt att äldres sjukdomsbild identifieras så att diagnosen kan skiljas från demensutveckling.

Flera viktiga förändringar i lagstiftningen om hälso- och sjukvård som berör äldre har genomförts, bl.a. rätten att välja fast läkarkontakt inom landstinget, patientens rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

En växande andel av patienterna inom akutsjukvården utgörs av mycket gamla människor. Medelvårdtiderna på sjukhus har minskat kontinuerligt främst inom psykiatri och geriatrik. Antalet vårdtillfällen bland de äldsta patienterna ökar stadigt samtidigt som vårdtiden har minskat. Många av de äldre som skrivs ut från sjukhuset har kvarstående behov av vård och omsorg som kan vara omfattande. Det finns även behov av att analysera de äldres tillgång till akutsjukvård, samt kvaliteten på den vård och det omhändertagande som äldre får inom akutsjukvården. Det är även viktigt att belysa orsakerna till inläggning på sjukhus, liksom hur man skall åstadkomma en smidig återgång till eget boende.

De nya reglerna i tandvårdslagen innebär bl.a. att äldre som bor i ordinarie bostad och har omfattande behov av vård, omsorg eller service eller har hemsjukvård har rätt till gratis uppsökande munvårdsbedömning.

I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården anges flera områden som regeringen förväntar sig skall förbättras för de äldre, bl.a. medicinskt omhändertagande, stöd för äldre med psykisk ohälsa, stödet till anhöriga som vårdar en närstående samt den kommunala primärvården.

Regeringen anser att de äldres tillgång till sjukvård samt kvaliteten på vården och omhändertagandet måste förbättras. Regeringen avser att fortlöpande följa utvecklingen.

6.2 Kultur

Sammanfattning: Äldres deltagande i olika kulturaktiviteter har ökat under den senaste 20-årsperioden. SENIOR 2005 har i sitt delbetänkande bl.a. understrukit att deltagande i kulturverksamhet har en viktig roll i det samlade förebyggande hälsoarbetet för äldre, och bör utvecklas. Beredningens slutbetänkande kommer att redovisas till regeringen senast i november 2003.

Riksdagen fastslog år 1996 nya mål för en nationell kulturpolitik. Målen skall vara vägledande och gälla alla samhällsområden inom stat, kommun och landsting och utgöra en samlad nationell referensram för kulturpolitiken. I de kulturpolitiska målen tydliggörs de centrala elementen i den nationella kulturpolitiken, yttrandefriheten, bildningssträvandena, kulturarvet och målsättningen att skapa förutsättningar för konstnärlig mångfald, förnyelse och kvalitet. I kulturpolitikens andra mål fastställs att samhället skall verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande.

Statens kulturråd har nyligen publicerat rapporten Den kulturella välfärden 2000, som regeringen redogjorde för i skrivelsen Kultur och delaktighet (Skr.2001/02:176). Rapporten visar att kulturdeltagandet i åldersgrupperna 45–84 år har ökat under perioden 1976–1999, vilket bekräftar att kulturaktiviteter av olika slag har stor betydelse, inte minst för många äldre. Kulturrådets analys visar att äldres besöksaktiviteter ökat, bl.a. avseende teater-, konsert-, bio-, och biblioteksbesök. Bokläsande liksom tidskriftsläsande visar mindre ökning medan veckotidningsläsande minskar. Egna aktiviteterna som att sy, sticka och väva minskar medan att fotografera eller filma ökat tydligt i gruppen 45–84 år. Datortillgången i hemmen har ökat i rasande takt de senaste 5–6 åren (44 procent för samtliga åldersgrupper), dock avtar ökningen med ökad ålder för att i gruppen 75–84 år endast uppgå till 9 procent.

Regeringen har utifrån den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79) beslutat att Statens kulturråd skall vara samlande, stödjande och pådrivande i arbetet med tillgänglighetsfrågor på kulturområdet. Eftersom ökad ålder också ökar risken av att drabbas av olika funktionshinder är kulturrådets insatser viktiga för äldres möjligheter att ta del av kulturutbudet. Kulturrådet disponerar

9,5 miljoner kronor årligen för att öka tillgängligheten för personer med funktionshinder. Skr. 2002/03:30

Biblioteken utgör kanske den viktigaste samlingsplatsen för informations- och folkbildnings arbete där människor i olika åldrar och med olika intressen, inte minst äldre, kan mötas. Biblioteksmiljön har bl.a. visat sig lämpad för att introducera äldre i IT tekniken. Inom ramen för 2001 års Seniorsurf deltog 550 bibliotek i olika arrangemang.

Äldres deltagande i olika kulturaktiviteter har ökat under den senaste 20-årsperioden.

Regeringen vill understryka vikten av att fortsätta det övergripande arbetet med tillgänglighetsfrågor på kulturområdet i enlighet med det andra kulturpolitiska målet. SENIOR 2005 har i sitt delbetänkande bl.a. understrukit att deltagande i kulturverksamhet har en viktig roll i det samlade förebyggande hälsoarbetet för äldre, och bör utvecklas. Beredningens slutbetänkande kommer att redovisas till regeringen senast november 2003.

6.3 Integration

Sammanfattning och bedömning: Integrationspolitiska mål och synsätt bör införlivas inom alla samhällsområden. Äldre (65 år och äldre) invandrare utgjorde år 2001 cirka tio procent av alla äldre invånare (inklusive från Norden och övriga Europa). Äldre som omfattas av flyktigmottagandet har rätt till en introduktion som bl.a. innefattar att lära sig svenska och få kunskap om hur det svenska samhället fungerar.

Äldre invandrare bör erbjudas äldreomsorg på det egna språket i så stor utsträckning som möjligt.

Integrationspolitiken innebär att utformningen av den generella politiken skall utgå från alla människor som bor i Sverige, oavsett etnisk eller kulturell bakgrund. Integrationspolitiska mål och synsätt skall införlivas inom alla samhällsområden. Äldre invandrares behov skall, precis som äldre svenskars, beaktas inom ramen för den generella politiken. Äldre (65 år och äldre) invandrare utgör år 2001 cirka tio procent av alla äldre invånare i Sverige (inklusive från Norden och övriga Europa). Två tredjedelar kommer från ett EU/EES-land och något mer än en tiondel har sitt ursprung i ett utomeuropeiskt land. Detta kan sannolikt förklaras med att många av de invandrare som är pensionärer i dag kom till Sverige som arbetskraftsinvandrare under 50-, 60- och 70-talen. Under åren 2000 och 2001 har totalt 1 348 personer över 64 år beviljats uppehållstillstånd i Sverige. Det motsvarar ca en procent av samtliga beviljade uppehållstillstånd under de två åren. Knappt hälften har fått uppehållstillstånd som flyktingar eller som anhöriga till flyktingar.

Förutsättningarna för arbetskraftsinvandrarnas integration och försörjningsmöjligheter skiljer sig givetvis från de förutsättningar en äldre flyktinginvandrare haft som kom till Sverige under 80- och 90-talen. Detta gäller inte minst möjligheten att få svensk pension. Äldre flykting- eller anhörginvandrare har hittills varit hänvisade att klara sin försörjning

genom socialbidrag. Detta ändras fr.o.m. år 2003 genom det särskilda äldreförsörjningsstödet (se vidare avsnitt 5.5.1).

Kommunerna har rätt att få statlig ersättning enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. för de personer som omfattas av förordningen. Tillsammans med den berörda personen skall kommunen upprätta en individuell introduktionsplan. Det övergripande målet med den individuella introduktionsplanen är att ge individen goda förutsättningar att bli självförsörjande och delaktig i det svenska samhället. Målet att bli självförsörjande genom arbete är dock inte relevant för de äldre invandrarna. Däremot har åtminstone de som omfattas av flyktingmottagandet rätt till en introduktion och få så bra förutsättningar som möjligt att klara sig själva i det dagliga livet, bl.a. genom att få lära sig svenska och få kunskap om hur vårt samhälle fungerar. I övrigt är äldre invandrare i stor utsträckning hänvisade till de egna nätverken, dvs. oftast barn och släkt som bor i Sverige. Här har förmodligen frivilligorganisationer en stor roll att fylla, liksom pensionärsorganisationerna för att öka äldre invandras kunskaper i svenska och om det svenska samhället.

För äldre invandrare som behöver omfattande omsorg i hemmet eller särskilt boende är det särskilt angeläget att ge äldreomsorg på det egna språket i så stor utsträckning som möjligt. Anhörig anställning kan vara en uppskattad form av hjälp med tanke på att den äldre är fullständigt beroende av annan för kommunikation med omgivningen.

6.4 Minoritetspolitiken och äldreomsorgen

Sammanfattning och bedömning: Genom lag 1999:1175 om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndigheter och domstolar och lag 1999:1176 om rätt att använda finska och meänkieli hos förvaltningsmyndigheter och domstolar ges enskilda rätt att använda samiska, finska och meänkieli (tornedalsfinska) i kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geografiska områden där språken används av hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsens kartläggning av hur olika kommuner organiserar och genomför äldreomsorg för finsktalande visar att flera kommuner i norra Sverige har relativt god tillgång på finskspråkig personal medan det i andra delar av landet är svårare att få sådan omsorg. Dessutom visar man att en anpassad äldreomsorg till äldre finländare kan erbjudas utan att det medför större kostnader.

Regeringen bedömer att det är angeläget att äldreomsorg erbjuds på samtliga minoritetsspråk så att äldre som har ett minoritetsspråk som modersmål får möjlighet att bevara såväl språket som kulturen samt har möjlighet att kommunicera med omgivningen.

Målet för minoritetspolitiken är att ge skydd för de nationella minoriteterna och stärka deras möjligheter till inflytande samt stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande. De nationella minoriteterna är samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och jiddisch.

Grunden för minoritetspolitiken finns i regeringens proposition 1998/99:143 Nationella minoriteter i Sverige. Förslagen i propositionen antogs av riksdagen i december 1999 (bet. 1999/2000:KU6, rskr. 1999/2000:69). I samband med beslutet om en minoritetspolitik ratificerade Sverige i februari 2000 två Europarådskonventioner, ramkonventionen om skydd för nationella minoriteter (ramkonventionen) och den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk (minoritetsspråkskonventionen). Bestämmelserna i dessa konventioner har utgjort en grund för den svenska politiken på området. I konventionens del III finns de bestämmelser som omfattar minoritetsspråk med regional bas, dvs. samiska, finska och meänkieli.

I minoritetsspråkskonventionens del III finns två artiklar som rör äldreomsorg. Artikel 10.3 behandlar rätten att få samhällsservice från förvaltningsmyndigheter på landsdels- eller minoritetsspråk. För att nå upp till konventionens krav krävs bl.a. att i de områden där samiska, finska och meänkieli har använts av hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning, skall den enskilda eller personer som handlar på deras uppdrag, få använda samiska, finska eller meänkieli i samhällsservice från förvaltningsmyndigheter. I del III artikel 13.2c) behandlas ett närliggande område nämligen rätten att bli bemött på landsdels- eller minoritetsspråk vid institutioner som erbjuder social omsorg såsom, sjukhus, pensionärshem och vårdhem.

Genom särskild lagstiftning (lag 1999:1175 om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndigheter och domstolar, lag 1999:1176 om rätt att använda finska och meänkieli hos förvaltningsmyndigheter och domstolar) ges enskilda laglig rätt att använda samiska, finska och meänkieli i kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geografiska områden (förvaltningsområden) där språken har använts av hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning. Rätten gäller hos statliga regionala och lokala förvaltningsmyndigheter (exempelvis länsstyrelse, åklagar-, polis- och skattemyndighet och arbetsförmedling), landstingskommunala och kommunala förvaltningsmyndigheter samt tingsrätt, länsrätt och vissa specialdomstolar.

Det finns olika förutsättningar hos kommunerna när det gäller att anordna äldreomsorg där personalen använder samiska, finska eller meänkieli. Detta har medfört att berörda kommuner i ett första steg kan välja i vilken form och omfattning sådan verksamhet skall erbjudas.

Den så kallade Minoritetsspråkskommittén, som hade till uppgift att utreda om Sverige skulle ratificera språkstadgan och ramkonventionen, skickade i samband med utredningen ut en enkät till berörda kommuner i Norrbotten angående i vilken omfattning samiska och finska används inom äldreomsorgen. Samtliga kommuner uppgav att man hade personal inom äldreomsorgen som behärskar samiska respektive finska. Samtliga kommuner uppgav även att man var positiv till att organisera äldreomsorgen så att den personal som behärskar samiska, finska och meänkieli kan användas i verksamheten. I flera kommuner skedde redan en sådan samordning, permanent eller på försök innan lagstiftningen trädde i kraft och dessa kommuner rapporterade att de haft goda erfarenheter av denna verksamhet.

När det gäller äldre personer är dessa ofta de starkaste språkbärarna och bärare av kultur och traditioner. Det är därför viktigt för språkens och kulturens bevarande att de äldre som använder minoritetsspråk kan fortsätta att göra detta. Därtill kommer att vissa äldre glömmer det sist inlärd språket. För dessa personer kan följaktligen minoritetsspråket vara det enda språk de kan kommunicera med omgivningen på. Därför är det angeläget att kunna erbjuda äldreomsorg på samiska, finska och meänkieli.

Betydelsen av äldreomsorg på andra minoritetsspråk bör också uppmärksammas.

Uppdrag till Socialstyrelsen

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen kartlagt och redovisat hur olika kommuner organiserar och genomför äldreomsorg för finsktalande. Syftet var att ta fram ett antal goda exempel på åtgärder som gett bra resultat. I juni 2001 redovisade Socialstyrelsen sitt uppdrag. I rapporten *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige*, framgår att flera kommuner i norra Sverige har relativt god tillgång på finskspråkig personal inom äldreomsorgen medan det i andra delar av landet är svårare att få sådan omsorg. Rapporten visar att möjligheten för finsktalande äldre att få omsorg av finsktalande personal i flera fall varit avgörande för att dessa äldre skall acceptera att ta emot vården. I de fall sådan vård inte kan erbjudas har de anhöriga fått ta ett stort ansvar för att vårda sina gamla. Den som önskar flytta till särskilt boende kan i enlighet med 6h § socialtjänstlagen (nuvarande 2 kap. 3 §) ansöka om att flytta till annan kommun. Detta alternativ har endast ett fåtal finsktalande äldre valt. Orsaken härtil kan, enligt Socialstyrelsen, vara att många strävar efter att bo kvar i sin hembygd eller att de inte känner till lagen och de rättigheter som den medför. Man har också i rapporten visat att en anpassad äldreomsorg kan erbjudas äldre finländare utan att det medför större kostnader.

Genom en särskild lagstiftning (SFS 1999:1175 och 1176) ges enskilda laglig rätt att använda samiska, finska och meänkieli (tornedalsfinska) i kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geografiska områden (förvaltningsområden) där språken används av hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsens kartläggning av hur olika kommuner organiserar och genomför äldreomsorg för finsktalande visar att flera kommuner i norra Sverige har relativt god tillgång på finskspråkig personal medan det i andra delar av landet är svårare att få sådan omsorg. Dessutom visar man att en anpassad äldreomsorg till äldre finländare kan erbjudas äldre utan att det medför större kostnader.

Regeringen bedömer att det är angeläget att äldreomsorg erbjuds på samtliga minoritetsspråk så att äldre som har ett minoritetsspråk som modersmål får möjlighet att bevara såväl språket som kulturen samt har möjlighet att kommunicera med omgivningen.

Sammanfattning och bedömning: Ett nytt ålderspensionssystem infördes den 1 januari 1999 som innebär att personer födda år 1938 eller tidigare får en beskattad garantipension i stället för folkpension, pensionstillskott och särskilt grundavdrag.

Med det nya ålderspensionssystemet skapas ett finansiellt stabilt pensionssystem som följer den ekonomiska och demografiska utvecklingen i samhället.

Det nya ålderspensionssystemet

Sverige fick ett nytt ålderspensionssystem den 1 januari 1999. I det nya pensionssystemet, som gäller för personer födda 1938 eller senare, har folkpension, pensionstillskott och särskilt grundavdrag (SGA) ersatts av en garantipension. I januari 2001 började de första ålderspensionerna enligt de reformerade reglerna att betalas ut. Eftersom det var personer som tog ut ålderspension innan de fyllt 65 år kunde de inte beviljas garantipension utan enbart inkomstgrundad ålderspension. Från och med januari 2003 träder det reformerade ålderspensionssystemet i full kraft genom att de första som är födda år 1938 då fyller 65 år och garantipension kan beviljas för första gången.

Personer födda före år 1938 har fyllt 65 år och har som regel redan pension beräknad enligt ATP-systemets regler. För dem gäller att pensionen anpassas till de reformerade reglerna på så sätt att folkpension, pensionstillskott och särskilt grundavdrag räknas om till en beskattad garantipension.

Efterlevandepension

Även efterlevandepensionerna anpassas till det reformerade ålderspensionssystemet från och med den 1 januari 2003. Även här ersätts folkpension, pensionstillskott och särskilt grundavdrag av en beskattad garantipension. I efterlevandepensionen ingår, förutom ett grundskydd, inkomstrelaterade förmåner i form av barnpension, omställningspension och övergångsvis änkepension.

Bostadstillägg till pensionärer m.fl.

Bostadstillägg till pensionärer m.fl. (BTP) är en viktig del i grundskyddet för pensionärer med låga pensioner. BTP utges fr.o.m. år 2002 med 91 procent av bostadskostnaden per månad för hyra upp till 4.500 kronor. Förändringar görs från år 2003 som en anpassning till det reformerade ålderspensionssystemet och till att det särskilda grundavdraget för folkpensionärer då avskaffas.

Sammanfattning: Kommunerna har blivit mer restriktiva i sina bedömningar av vilka som får färdtjänst vilket medfört att många färdtjänstberättigade uppfattar servicen som sämre.

Regeringen har tillsatt en utredning för att göra en översyn av lagstiftningen och frågor i anslutning till den samt eventuellt behov av en tillsynsmyndighet som även omfattar tillsyn av färdtjänsten.

Lagen om färdtjänst trädde i kraft år 1998. Den nya lagstiftningen innebar ett nytt synsätt på färdtjänst och riksfärdtjänst. Från att ha varit en fråga om bistånd betraktas färdtjänst numera som en form av kollektivtrafik för att bidra till en tillfredställande trafikförsörjning även för funktionshindrade. Lagen ger även kommunerna möjlighet att överlåta sina uppgifter till trafikhuvudmannen. Lagen om färdtjänst reglerar bl.a. vem som kan få tillstånd för färdtjänst, vilket färd sätt som får användas, hur många och inom vilket område resor får göras.

Syftet med riksfärdtjänst är att ge svårt funktionshindrade personer möjlighet att göra längre resor inom landet till "normala" kostnader. Med detta menas att resor kan göras med flyg, tåg, båt och andra allmänna kommunikationsmedel samt med taxibilar och specialfordon. Riksfärdtjänst avser resor för rekreation, fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet från en kommun till en annan kommun, dock ej arbetsresor.

En uppföljning av färdtjänsten har genomförts av Vägverket i nära samarbete med övriga transportverk samt i samverkan med andra berörda aktörer som t ex handikapporganisationerna. Resultatet redovisades i oktober 2001 och visar bland annat att kommunerna blivit mer restriktiva i sina bedömningar av vilka som får färdtjänst. Detta har medfört att de färdtjänstberättigade uppfattar servicen som sämre. Den allmänna kollektivtrafiken har samtidigt inte utvecklats i motsvarande takt som kommunerna blivit mer restriktiva.

En särskild utredare som regeringen tillsatt gör en översyn av lagstiftningen och frågor i anslutning till den.

Frågan om tillgängliga kommunikationer behandlas närmare i propositionen Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (1999/2000:79).

Kommunerna har blivit mer restriktiva i sina bedömningar av vilka som får färdtjänst vilket medfört att många färdtjänstberättigade uppfattar servicen som sämre.

Regeringen har tillsatt en utredning för att göra en översyn av lagstiftningen och frågor i anslutning till den samt behovet av en tillsynsmyndighet som även omfattar tillsyn av färdtjänsten.

Sammanfattning: Konsekvenserna av en åldrande befolkning får allt större uppmärksamhet i internationella sammanhang. En övergripande handlingsplan för äldre frågor fastställdes i FN i april 2002 och i september 2002 godkändes en regional tillämpningsstrategi för uppföljning och samarbete mellan EU, länderna i Östeuropa, tillsammans med Förenta staterna och Kanada. Till EU-toppmötet våren 2002 lämnades en rapport till Europeiska rådet med riktlinjer för vård och omsorg. Socialdepartementet samordnar EU-arbetet inom Kommittén för socialt skydd medan Finansdepartementet svarar för Kommittén för ekonomisk politik.

Den demografiska utvecklingen och de utmaningar som den för med sig har under de senaste åren fått en ökad uppmärksamhet i internationella sammanhang. I april 2002 ägde den andra av FN:s världsförsamlingar om äldre frågor rum i Madrid. Vid mötet fastställdes en övergripande handlingsplan vars uttryckliga mål är att garantera att befolkningen överallt i världen skall kunna åldras på ett tryggt och värdigt sätt och att äldre människor även fortsättningsvis skall kunna delta i samhället som medborgare med fulla rättigheter. Det godkända handlingsprogrammet innehåller en rad rekommendationer för antagandet av åtgärder som följer tre prioriterade riktlinjer: de äldre och utvecklingen, främjande av hälsa och välbefinnande bland äldre och skapande av en lämplig och gynnsam miljö. Det konstateras i handlingsprogrammet att de nationella regeringarna bär det primära ansvaret för att anta en politik som säkerställer att de eftersträfvade målen uppnås. I FN:s regionala kommission (Economic Commission for Europe), där EU ingår, har man utarbetat en regional tillämpningsstrategi som godkändes vid en europeisk ministerkonferens i Berlin i september 2002. Tillämpningsstrategin ger en ram för uppföljningen, det regionala samarbetet och samarbetet mellan EU och länderna i Östeuropa, tillsammans med Förenta staterna och Kanada.

Även inom EU har den successivt ökande andelen äldre i medlemsländerna uppmärksamats. En prioriterad fråga i sammanhanget är hur EU-ländernas pensionssystem skall utvecklas för att möta denna utveckling. Under våren 2001 lyftes även frågor om vård och omsorg upp i arbetet inom EU. Till EU-toppmötet i Barcelona våren 2002 lämnades en rapport till Europeiska rådet med riktlinjer för vård och omsorg.

Sammanfattning: Regeringen har tillsatt en parlamentarisk beredning med uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Den parlamentariska beredningen antog namnet SENIOR 2005 (Dir. 1998:109). Ett första betänkande som behandlar de delar av äldrepolitiken som gäller människors möjligheter till aktivitet, delaktighet och inflytande har presenterats. Frågor som berör vård och omsorg om äldre kommer att redovisas i beredningens slutbetänkande som skall redovisas till regeringen senast i november 2003.

Regeringen tillsatte år 1999 en parlamentarisk beredning (Dir. 1998:109) med uppgift att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Utgångspunkterna för beredningens arbete är de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Uppdraget är att göra analyser och utforma förslag med utgångspunkt utifrån förhållanden i samhället som berör äldres situation under perioden fr.o.m. år 2005 och de närmast följande åren. Förslagen skall bidra till måluppfyllelsen med avseende på de av riksdagen fastställda nationella målen för äldrepolitiken.

Enligt regeringsbeslutet skall utgångspunkterna för beredningens arbete vara:

- de förändrade krav som ställs på samhället när såväl antalet som andelen äldre i befolkningen ökar,
- de insatser som samhället kan vidta för att underlätta för de äldre
- att leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- förutsättningarna för människor i Sverige att åldras i trygghet och
- med bibehållet oberoende,
- samhällets insatser för att främja att äldre bemöts med respekt, samt
- möjligheterna för äldre att få tillgång till god vård och omsorg.

Viktiga områden som bör beaktas i beredningens arbete är bl.a.:

- äldres inflytande och delaktighet i beslutsprocesser,
- tillgänglighet i samhället för äldre med funktionshinder,
- utveckling av IT-hjälpmiddel för äldre i hemmiljö samt inom vård och omsorg,
- kvalitet inom vård och omsorg,
- anhörigas roll i vård och omsorg,
- sociala kontakter i umgänge över generationsgränser,
- äldres delaktighet i arbetslivet och möjlighet att fortsätta ett
- aktivt yrkesliv efter uppnådd pensionsålder, samt
- äldres möjligheter att delta i eller ta del av kulturlivet.

Beredningen antog namnet SENIOR 2005. Det första betänkandet Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring, SOU 2002:29, är ett diskussionsbetänkande som presenterades våren 2002. Betänkandet behandlar de delar av äldrepolitiken som gäller äldre människors möjligheter till aktivitet, delaktighet och inflytande. Frågor som berör vård och omsorg om

äldre kommer att redovisas i beredningens slutbetänkande som skall redovisas till regeringen senast i november 2003. Skr. 2002/03:30

9 Sammanfattning

Syftet med handlingsplanen är att lägga fast grundvalarna för en äldrepolitik på lång sikt. I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) föreslog regeringen nationella mål och inriktning för äldrepolitiken samt en långsiktig strategi inklusive ett flertal konkreta insatser.

För att finansiera denna satsning föreslog regeringen förstärkningar med 300 miljoner kronor årligen under tre år. Dessutom föreslog regeringen i propositionen Bostadspolitik för hållbar utveckling (prop. 1997/98:119) att 400 miljoner kronor skulle anslås för att påskynda utbyggnaden av äldreboenden samt för att höja standarden i befintliga bostäder och andra lokaler för äldre.

Riksdagen antog regeringens förslag och avsatte medel i den ekonomiska vårpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:150).

Utveckling inom vård och omsorg om äldre

Vården och omsorgen om de äldre har under den senaste tioårsperioden utvecklats till att i huvudsak omfatta personlig omvårdnad, tillsyn och sjukvård snarare än servicebetonade insatser som städning, inköp och tvätt. De äldre som tidigare vistades på långvårdskliniker bor i dag i ordinärt boende eller i kommunens särskilda boendeformer. Andelen äldre som varit mottagare av äldreomsorg har varit tämligen oförändrad under de fyra senaste åren. Cirka 16 procent av samtliga personer i åldersgruppen 65 år och äldre har någon form av offentligt finansierad äldreomsorg. Insatserna har dock alltmer förskjutits mot personer 80 år och äldre. Äldres vård- och omsorgsbehov förväntas öka under kommande decennier. Ett förbättrat hälsotillstånd inom gruppen liksom inom befolkningen som helhet förväntas dock i viss utsträckning fördröja denna utveckling. Kontinuerligt och långsiktigt folkhälsoarbete kan bidra till att minska förväntad ökning av vårdbehovet.

Kommunernas bruttokostnader för vård och omsorg till äldre uppgår för närvarande till cirka 70 miljarder kronor årligen. Kostnaderna har ökat något under senare år, delvis som ett resultat av ett höjt kostnadsläge men också på grund av bl.a. ett ökat antal äldre i befolkningen. Kommunernas möjligheter att möta de ökade vård- och omsorgsbehoven framöver beror bl.a. på hur deras ekonomi utvecklas liksom utvecklingen av samhällsekonomin i stort. För att förbättra kommuners och landstings finansiella ställning har staten under den senaste femårsperioden tillfört kommun- och landstingssektorn cirka 25 miljarder kronor i generella statsbidrag.

En av förutsättningarna för att uppnå god kvalitet inom äldreomsorgen är att det finns tillräckligt med personal och att personalen har rätt kompetens. Under senare år har behovet att nyanställa personal ökat, bl.a. på grund av ökade pensionsavgångar bland personalen samt en ökad andel äldre i befolkningen. Mellan åren 1995 och 2001 har antalet anställda inom den kommunala äldreomsorgen ökat med cirka 29 500 personer. De grupper som ökat kraftigast i antal är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster vilket givit ett kompetenstillskott till äldre- och handikappomsorgen.

För att främja personalrekryteringen har kommuner och vård- och omsorgsföretag vidtagit en rad åtgärder, ofta i samverkan med andra kommuner och/eller landsting. Bland annat har man försökt ändra arbetstider, höja sysselsättningsgraden samt utveckla kontakten mellan skola och arbetsliv. Åtgärder som vidtas för att på längre sikt klara kompetensförsörjningen är bl.a. att stimulera fler att söka utbildningar som är riktade mot yrken inom äldreomsorgen.

Samtidigt som vården och omsorgen är i behov av personalförstärkningar finns en omfattande deltidsarbetslöshet inom sektorn. Under de senaste åren har staten, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet tillsammans arbetat för att erbjuda ytterligare arbetstid till dem som är deltidsarbetslösa. Bland annat till följd härav minskar deltidsarbetslösheten. Regeringens mål att halvera deltidsarbetslösheten beräknar AMS är uppfyllt vid utgången av år 2002. För att ytterligare påverka förhållanden som försvårar för dem som arbetar deltid att få utökad arbetstid har riksdagen beslutat att avsätta 100 miljoner kronor per år under åren 2002–2004 för att stimulera försök med nya arbetsorganisationer och arbetssätt. Medel kommer också att avsättas till kompetensutveckling för deltidsarbetslösa, aktionsinriktad forskning och informationsinsatser. Även satsningar för att öka antalet invandrare i vården genomförs.

För att stimulera fler att välja vårdutbildningar pågår en försöksverksamhet som innebär att kommuner, landsting och entreprenörer får statligt stöd för att anställa arbetslösa och erbjuda dem arbete på halvtid och studier under 18 månader. Syftet är att erbjuda individen en heltidsanställning efter genomgången utbildning. Försöksverksamheten skall pågå fram till den 31 maj 2004. Antalet platser på sjuksköterskeutbildningen har utökats och en specialistutbildning har införts varav en riktar sig mot vården av äldre.

Att personalen har god kompetens är en viktig förutsättning för en god äldreomsorg. För att uppnå bestående förändringar krävs en rad åtgärder främst från arbetsgivare inom kommuner och landsting. Det är av stor vikt att de yrkesgrupper som arbetar inom äldreomsorgen får utbildning som svarar mot de ökade kompetenskraven inom vård- och omsorgsområdet. Regeringens uppfattning är att kommunerna behöver vidareutveckla strategier med åtgärder som kan vidtas för att förbättra personalens kompetens. Många arbetsledare och biståndsbedömare saknar högskoleutbildning och staten har i den nationella handlingsplanen genom stimulansbidrag gjort en särskild satsning på fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare inom äldreomsorgen för att höja

kompetensen för dessa personalgrupper. Under två år har drygt 5 600 anställda fått vidareutbildning. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp fortbildningsatsningen och bedömer att insatserna givit goda resultat och erfarenheter. Det återstående stimulansbidraget används till fortbildning under år 2002 enligt regeringsbeslut och Socialstyrelsen kommer att slutredovisa satsningen i slutet av året.

Regeringen anser att det är av stor vikt att fortbildning för arbetsledare och biståndsbedömare ingår som en naturlig och självklar del i en långsiktig strategi för kontinuerlig utveckling av både personal och arbetsformer inom äldreomsorgen.

Behovet av att rekrytera personal till vård och omsorg om äldre kommer att vara fortsatt stort framöver och beräknas också öka ytterligare under de kommande åren bl.a. på grund av att andelen äldre ökar samt ökade pensionsavgångar bland personalen. Under perioden 2001 till 2010 beräknas närmare 180 000 årsarbetare motsvarande 220 000 personer behöva rekryteras vid oförändrad sysselsättningsgrad.

För att stödja kommuner och landsting i arbetet med att förbättra situationen vad gäller kompetensförsörjning har regeringen beslutat om en plan för kompetensförsörjning av personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder. Planen skall utarbetas gemensamt av tio myndigheter. Syftet med insatserna i planen är att skapa bättre förutsättningar för kommuner och företag att fullgöra sitt ansvar som huvudmän för och/eller utförare av vård och omsorg. Planen skall slutredovisas senast den 31 maj 2004.

Kvalitetssäkring

År 1999 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen om att kvaliteten i socialtjänstens verksamheter systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp kommunernas arbete med att utveckla kvaliteten och införa kvalitetssystem inom vården och omsorgen om äldre. Slutsatsen är att de flesta kommuner är mycket engagerade i arbetet med att utveckla kvaliteten men man har kommit olika långt. Kommunerna har system och regler kring många av de områden som behandlas i Socialstyrelsens allmänna råd, men det saknas ofta en sammanställning och samordning av rutinerna. Kommunerna arbetar exempelvis med kvalitetssystem för hantering av klagomål och synpunkter, brukarundersökningar, utveckling av garantier på insatser, inrättande av äldreomsorgsinspektörer/äldreombudsmän, utveckling av yrkesroller – införande av kontaktmannaskap samt utveckling av kvalitet kring kost- och nutritionsfrågor. Det finns dock kommuner som ännu inte påbörjat arbetet med att införa kvalitetssystem enligt gällande lag och Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter.

Regeringen redovisade i handlingsplanen behovet av att ge särskild prioritet åt arbetet med att finna metoder för att utveckla och bedöma kvaliteten inom äldreomsorgen. Ett viktigt instrument för att säkra kvaliteten är att införa kvalitetssystem för verksamheten.

Regeringen vill understryka att det är önskvärt att kommunerna prioriterar arbetet med att utveckla metoder för kvalitetsbedömningar. För vårdtagare och anhöriga är bemötande, flexibilitet och engagemang

centralt för upplevelse av kvalitet. För personalen handlar det t.ex. om hur man mår på arbetet, trivsel, tid för pauser, möjlighet till handledning och medbestämmande. Det är av stor vikt att dessa aspekter tas tillvara vid sidan av det kvalitetssäkringsarbete som utgår från mätbara kriterier.

Brister i samverkan mellan kommuner och landsting har funnits såväl före som efter Ädelreformens genomförande, vilket i vissa fall lett till kvalitetsbrister, försämrad kontinuitet i samhällets insatser och därmed också otrygghet för berörda personer. Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för att se till att samverkan kommer till stånd så att önskvärda förbättringar av vården och omsorgen kan ske. Regeringen tillförde resurser för att öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare samt också att förbättra samverkan mellan huvudmännen

För att tydliggöra hur samverkan skall ske bör huvudmännen enligt regeringens bedömning sluta samverkansavtal. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp hur detta arbete fortskrider och konstaterar att kommuner och landsting arbetar för att förbättra samverkan och att det har skett en viss utveckling inom området under de senaste åren. Bland annat upprättas på många håll i landet, avtal för läkarmedverkan vilket kan avläsas i en förbättring av läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen, framförallt inom det särskilda boendet. Det finns dock fortfarande brister i samverkan bl.a. fungerar rehabiliteringsinsatser för äldre otillfredsställande.

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen i december 2002 med förslag att kommuner och landsting får möjlighet att inrätta en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet. Syftet är främst att underlätta en gemensam finansiering och prioritering mellan parterna. Genom denna möjlighet kommer det att finnas förutsättningar att inrätta lokala s.k. äldreombudsmän eller liknande funktion inom vård och omsorg vars funktion kan vara att följa upp enskilda ärenden, hantering av klagomål, informationsspridning, enskild vägledning m.m. I propositionen föreslås ändringar i lagen (1990:104) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen). Uttrycket ”medicinskt färdigbehandlade” föreslås ersättas med ”utskrivningsklar”. Förslaget innebär huvudsakligen att kommunerna blir betalningsansvarig för en utskrivningsklar patient först sedan en vårdplan upprättats.

Den statliga tillsynen är ett viktigt instrument som syftar till att trygga de enskildas rättssäkerhet samt säkerställa att insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är av god kvalitet. Genom tillsynen skall också säkerställas att ett decentraliserat ansvar kan förenas med kraven på nationell likhet. I och med handlingsplanen förstärktes Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsenheter för att intensifiera tillsynen över vården och omsorgen för äldre och personer med funktionshinder. Regeringen angav även att tillsynen skulle stärkas genom en utökad samordning och samverkan mellan tillsynsmyndigheterna. Samverkan mellan huvudmännen har utvecklats genom att ett nationellt program för social tillsyn beslutats av de båda tillsynsmyndigheterna. Den 1 januari 2002 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Den nya lagen stärker den enskildes rätt till bistånd. Den medför också en förstärkt tillsyn över socialtjänsten genom att länsstyrelserna ges rätt att inspektera all verksamhet under dess tillsyn. Länsstyrelserna har också genom den nya

lagen fått utvidgad rätt att ingripa mot missförhållanden i kommunal verksamhet.

Regeringen anser att det finns behov av att ytterligare förstärka resurserna vid länsstyrelserna och Socialstyrelsen då tillsynsresurserna alltså är förhållandevis begränsade och det finns behov av att utveckla nya, effektiva och mer aktiva former för tillsyn. Regeringen föreslår i budgetpropositionen för år 2003 att länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tillförs medel motsvarande närmare 100 anställningar som äldreskyddsombud. Äldreskyddsombudets uppgift skall vara att verka för att kvaliteten inom vård och omsorg om äldre förbättras genom aktiv tillsyn där de äldre får möjlighet att föra fram synpunkter på vården och omsorgen.

För att öka rättssäkerheten för äldre i vård och omsorg och för att säkra kvaliteten i dessa verksamheter infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen den 1 januari 1999 som ger personal och andra verksamma inom vården och omsorgen om äldre skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp lagen och konstaterar att det inte alldeles enkelt kan avgöras huruvida antalet anmälningar är stort eller litet i förhållande till antalet äldreomsorgsmottagare som är cirka 240 000. Cirka 890 anmälningar gjordes under år 2001. Anmälningar gjordes i 138 kommuner och i 20 enskilda verksamheter. Anmälningarna gällde såväl enskilda personer som hela verksamheter. Det är inte självklart att varje anmälan verkligen avspeglar ett allvarligt missförhållande. Den kan ibland peka ut mer allmänna brister i kommunernas vård och omsorg. Att antalet anmälningar har ökat kan tolkas positivt och tyda på att anmälningsskyldigheten och instruktioner är kända bland personalen. Det kan även tyda på att arbetsklimatet är positivt och att personalen öppet kan diskutera de brister som finns i verksamheten och snabbt vidta åtgärder om det behövs för att skydda den enskilde.

Socialstyrelsen bedömer att lagen har ökat rättssäkerheten för den enskilde och personer som har insatser från äldreomsorgen har därmed fått en tryggare situation.

Regeringen anser att det är av största vikt att det sker en fortsatt fortlöpande uppföljning av lagen om anmälningsskyldighet och dess tillämpning. Bland annat bör antalet anmälningar och orsakerna till anmälningarna analyseras.

Forskning och utveckling

Forskningen inom äldreområdet är av begränsad omfattning i förhållande till de behov av kunskap som finns inom området. Regeringen avsatte medel i den nationella handlingsplanen för att öka omfattningen av forskningen inom äldreområdet. Handlingsplanen omfattade också särskilda satsningar för att utveckla vården och omsorgen om äldre.

Inom ramen för satsningarna på FoU-verksamhet har 15 regionala forsknings- och utvecklingscentrum fått stimulansbidrag. Vidare har två nationella forskningsinstitut inrättats med uppgift att bedriva forskning och forskarutbildning samt svara för uppbyggnaden av nätverk mellan forskare. Fyra huvudmän har byggt upp vertikala områdesdatabaser inom äldreområdet för att få fortlöpande och kvalificerad uppföljning av

verksamhet inom vården och omsorgen om äldre (SNAC). Syftet med områdesdatabaserna är att beskriva och över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg samt hur dessa behov tillgodoses genom insatser av anhöriga, kommuner och landsting.

Socialstyrelsen, som på regeringens uppdrag följt upp satsningen inom detta område, bedömer att de hittillsvarande erfarenheterna av FoU-verksamheterna är positiva och en del av verksamheterna har redan etablerat en stark ställning i respektive region. Nya samverkansformer mellan huvudmännen har utvecklats samtidigt som strukturer och relationer växer fram mellan kompetenser inom universitet/högskola och den praktiska äldreomsorgen och vården.

Regeringen anser att en kontinuerlig utveckling av kvaliteten i äldreomsorgen är nödvändig vad gäller såväl metoder och arbetssätt som innehållet i olika insatser. Det förutsätter att verksamheten på ett ändamålsenligt sätt kan anpassas efter förändringar av de äldres vårdbehov. Regeringen bedömer att en bred och mångsidig forskning kring äldres behov är av avgörande betydelse för att på sikt ge ett värdefullt tillskott av sådan kunskap. Mot den bakgrunden sker under kommande år en fortsatt ekonomisk satsning på de två nationella forskningsinstituten och de 15 regionala forsknings- och utvecklingscentrumen som initierats inom ramen för den nationella handlingsplanen. Likaså fortgår satsningen på utveckling av vertikala områdesdatabaser

I den nationella handlingsplanen gjordes särskilda satsningar för att utveckla stödet till anhöriga som vårdar en närstående, telefonupplysningsverksamhet, uppsökande verksamhet samt folkhälsoarbete för äldre. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp satsningarna och bedömer att satsningarna på anhörigstöd och uppsökande verksamhet givit särskilt positiva resultat.

Utvecklingen av anhörigstödet har inneburit ett synliggörande av de anhörigas situation och deras insatser. Med hjälp av stimulansbidraget har befintliga stödformer vidareutvecklats och nya stödformer har tillkommit och spridits till fler kommuner. Exempel på utvecklingsinsatser är att anhöriga till personer i särskilt boende erbjuds stöd i ökad utsträckning än tidigare, personal har utbildats i framförallt bemötande av anhöriga, anhörigcentrum har skapats i drygt hälften av kommunerna. Anhörigkonsulenter finns i ett flertal kommuner, avgiftsfri avlösning i det egna hemmet har utökats och förebyggande anhörigstöd i form av semestervistelse eller hälsoundersökning har börjat utvecklas.

Behovet av en fortsatt utveckling av stödet till anhöriga är fortfarande stort. Regeringen anser därför att det påbörjade utvecklingsarbetet måste fortsätta och vidareutvecklas och regeringen kommer att fortsätta att följa utvecklingen av anhörigstödet i kommunerna. Inom Socialdepartementet pågår en analys av de ekonomiska konsekvenserna av en särskilt reglerad skyldighet för socialnämnden att stödja dem som vårdar närstående. Regeringen avser att återkomma till riksdagen i frågan.

Genom projekten med uppsökande verksamhet har över 4 000 äldre regelbundet tagit emot hembesök. De äldre har visat stort intresse och varit villiga att ta till sig råd om bl.a. kost och motion. Erfarenheterna hittills visar tydligt på ett positivt resultat och att man även med små resursinsatser kan nå påtagliga effekter när det gäller att skapa en ökad trygghet och stärka den enskildes "egenvårdsförmåga". Uppsökande

verksamhet kan ses ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Att värdet av en förebyggande strategi också kan motiveras samhälls-ekonomiskt, pekar på betydelsen av att utveckla ett förebyggande förhållningssätt i samhällets omsorger om de äldre och deras anhöriga. Ett förebyggande arbetssätt innebär tidiga insatser, som stärker den enskildes förmåga att klara vardagen och därmed bidrar till en bättre livskvalitet. Samtidigt skapas en möjlighet att nå anhöriga som behöver stöd och uppskattning själva.

Regeringen anser att uppsökande verksamhet bland äldre bör utgöra ett naturligt och självklart inslag i alla kommuner. Det är angeläget att en spridning sker till landets kommuner av den kunskap som framkommit genom de aktiviteter som genomförts inom ramen för försöksverksamheten.

Stimulansbidragen för att uppmuntra utveckling och nytänkande inom vård, omsorgs- och serviceverksamhet bland äldre resulterade i att mer än 200 lokala projekt har genomförts av kommuner, landsting och frivilligorganisationer enskilt eller i samverkan. Projekt har bedrivits inom områden som bl.a. information och telefonupplysning, informationsteknologi för äldre, brukarinflytande, kvalitetsutveckling, demensvård, vård för äldre med psykisk ohälsa, äldre invandrare m.m. Rapporter från projekten visar på positiva effekter och erfarenheterna kommer i många fall att tillvaratas inom den ordinarie verksamheten. Fortsatt behov av utvecklingsarbete finns bl.a. inom områdena brukarinflytande, det sociala innehållet i äldreomsorgen, insatser för äldre med psykisk ohälsa och personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt äldreomsorg till personer med utländsk bakgrund.

Regeringen har i februari 2002 beslutat att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att sammanställa kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga samt identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Arbetsgruppen skall behandla ett flertal områden, bl.a. tillgänglighet till utredning, diagnos och medicinsk behandling, tillgången till anhörigstöd och utbildning samt kvalitetsutveckling.

Ekonomi och bostäder

Regeringen har under det senaste året vidtagit flera åtgärder för att förbättra situationen inom vården och omsorgen om äldre personer – såväl inom politikområdet Äldrepolitik som inom andra politikområden. Den kanske mest betydelsefulla åtgärden är införandet av nya avgiftsbestämmelser inom äldre- och handikappomsorgen. Vidare har satsningar på bl.a. fler äldreboende gjorts.

Nya och preciserade bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen trädde i kraft den 1 juli 2002. Bestämmelserna innebär att ett högkostnadsskydd införs för avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård samt för bostad i sådant särskilt boende som inte omfattas av hyreslagens bestämmelser. Syftet med högkostnadsskyddet är att säkerställa att den enskilde skyddas mot alltför höga avgifter. Samtidigt infördes preciserade regler om ett lägsta belopp (förbehållsbelopp) som den enskilde som betalar avgift skall ha rätt att förbehålla sig av sina egna medel innan avgift får tas ut.

Nya bestämmelser om beräkning av vilka inkomstslag som skall ingå i avgiftsunderlaget för bestämmande av förbehållsbelopp och avgift träder i kraft den 1 januari 2003.

Regeringen bedömer att de nya avgiftsbestämmelserna kommer att förbättra den ekonomiska situationen för en stor del av dem som betalar avgift för vård och omsorg. Regeringen kommer att noga följa utvecklingen.

Äldre personer som inte kunnat kvalificera sig för en pension som ger tillräcklig försörjning är många gånger beroende av socialbidrag för sitt uppehälle. Bland annat mot den bakgrunden har riksdagen beslutat att införa ett s.k. äldreförsörjningsstöd fr.o.m. den 1 januari 2003. Genom detta skall alla som fyllt 65 år och som bor i Sverige garanteras en skälig levnadsnivå samt ersättning för skälig bostadskostnad.

Ett stimulansbidrag för ny- och ombyggnad av särskilda bostäder för äldre utgick under perioden den 1 september 1998 till den 30 juni 2001. Boverket har följt upp bidraget och rapporterar att cirka 5 700 nya eller ombyggda bostäder tillskapats. Av dessa är cirka två tredjedelar ombyggda bostäder och resterande del nybyggda bostäder. Totalt sett uppskattas nettotillskottet till cirka 2 800 nya bostäder med hög standard. Boverkets bedömning är att bidraget haft en positiv inverkan på utbyggnadstakten. Anslaget har bidragit till att antalet projekt ökat och har även gjort det möjligt att utöka omfattningen av redan befintliga äldrebostadsprojekt.

Antalet icke verkställda beslut och domar inom äldreomsorgen beror framförallt på bristen av särskilt boende och regeringen bedömer att ett stort antal bostäder ytterligare behöver tillkomma för att råda bot på detta problem.

Rättssäkerhet

De äldres ställning har stärkts de senaste åren genom införandet i socialtjänstlagen av en skyldighet för personal och andra verksamma inom vård och omsorg om äldre att anmäla allvarliga missförhållanden, återinförandet och förstärkningen av överklagningsrätten inom socialtjänsten, samt att en sanktionsavgift kan åläggas en kommun eller ett landsting som dröjt för länge med att verkställa ett domstolsavgörande. Den 1 juli 2002 infördes en regel om att en sanktionsavgift skall kunna åläggas kommuner och landsting som dröjer alltför länge med att verkställa domar avseende insatser enligt socialtjänstlagen och LSS, s.k. domstolstrots.

Behörigheten för den som är ställföreträdare för en person med nedsatt beslutsförmåga kan behöva förtydligas eller revideras, särskilt i det fallet att huvudmannen skall bli föremål för någon vård- eller omsorgsinsats. Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare utreder för närvarande frågor om rättsskyddet för bl.a. äldre personer som inte längre har förmåga att fatta egna beslut. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

Den 1 januari 2001 fanns drygt 3 000 icke verkställda beslut och 47 icke verkställda domar enligt 6 f § SoL. Cirka 95 procent av de icke verkställda besluten och 44 domar rörde plats i särskilt boende.

Regeringen anser att det är oacceptabelt att kommuner inte i tid verkställer beslut om lagakraftvunna domar. Flertalet icke verkställda beslut

och domar rör plats i särskilt boende. Regeringen avser att följa frågan, bl.a. har Socialstyrelsen och länsstyrelserna i uppdrag att fortsätta kartlägga och analysera icke verkställda beslut och domar. Skr. 2002/03:30

Övriga satsningar

Även andra satsningar har genomförts som har betydelse för de äldres situation. Bland annat har tandvårdsstödet för äldre förbättrats, ett nytt ålderspensionssystem införts samt rättigheter för enskilda har införts att använda samiska, finska och meänkieli i kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geografiska områden där språken använts av hävd och fortfarande används.

Den parlamentariska beredningen, Senior 2005, har regeringens uppdrag att föreslå åtgärder som skapar förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Inom ramen för uppdraget skall analyser och förslag utformas med utgångspunkt från förhållanden i samhället som berör äldres situation fr.o.m. år 2005 och de närmast därpå följande åren. Förslagen skall bidra till måluppfyllelsen med avseende på de av riksdagen fastställda nationella målen för äldrepolitiken. Det första betänkandet presenterades våren 2002 och behandlar de delar av äldrepolitiken som gäller äldre människors möjlighet till aktivitet, delaktighet och inflytande. Slutbetänkandet skall redovisas till regeringen senast i november 2003 och kommer att även behandla frågor som berör vård och omsorg om äldre.

Bedömning

Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har bidragit till en positiv utveckling inom en mängd områden som berör äldre. Av stor ekonomisk betydelse för den enskilde som är beroende av samhällets vård och omsorg, är införandet av maxtaxan och införandet av äldreförsörjningsstödet.

De äldres rättssäkerhet har stärkts genom flera lagändringar och en ökad tillsyn via Socialstyrelsen och länsstyrelserna. En ytterligare förstärkning görs dessutom genom införandet av 100 äldreskyddsombud från och med år 2003.

De särskilda stimulansbidragen till fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare har fallit väl ut och satsningen fortsätter under år 2002. Stimulansbidragen till uppsökande verksamhet och utveckling av anhörigstöd har varit särskilt framgångsrika och bland annat givit effekter på personalens bemötande och kompetens.

Kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen har tagit fart och de flesta kommuner är engagerade i frågan. Läkarmedverkan i särskilda boenden har förbättrats sedan handlingsplanens början men huvudmännen behöver fortsätta att utveckla samverkan kring bl.a. rehabilitering för äldre.

Regeringen avser att inom kort att till riksdagen överlämna förslag som ger kommuner och landsting ökade möjligheter att bilda gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet.

Befolkningssammansättningen, de offentliga finanserna, situationen på arbetsmarknaden och andra förhållanden i samhället genomgår en konti-

nuerlig förändring. Även vård- och omsorgsbehoven hos äldre personer förändras. Det är angeläget att samhällets insatser för äldre i behov av vård och omsorg utvecklas i takt med dessa förändringar. Under 1990-talet gav Ädelreformen kommuner och landsting ökade förutsättningar att erbjuda äldre personer en vård och omsorg anpassade efter den tidens förhållanden. Framtiden kommer att ställa delvis nya och ökade krav på samhällets insatser. En god vård och omsorg för äldre, solidariskt finansierad via skattemedel, utgör en hörnsten i välfärdspolitiken. Det är angeläget att äldreomsorgens förutsättningar att erbjuda en god vård och omsorg med hög tillgänglighet nu ses över och förändringar vid behov genomförs. Regeringen avser därför att initiera en översyn och utvärdering av äldreomsorgen med en sådan inriktning. Skr. 2002/03:30

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2002.

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Winberg, Ulvskog, Sahlin, Pagrotsky, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Karlsson J. O., Sommestad, Karlsson H, Lund, Nykvist, Andnor, Nuder, Johansson, Björklund

Föredragande: statsrådet Engqvist.

Regeringen beslutar skrivelse Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.