



Äldrefrågor

Sammanfattning

I betänkandet behandlar utskottet 60 motionsyrkanden som väcktes under den allmänna motionstiden 2011.

Den 15 december 2011 genomförde utskottet en öppen utfrågning – Kvaliteten i äldreomsorgen?

Utskottet avstyrker alla motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete på området.

I betänkandet finns 20 reservationer och 1 särskilt yttrande.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	4
Redogörelse för ärendet	7
Ärendet och dess beredning	7
Utskottets överväganden	8
Äldre frågor	8
Motioner	8
Gällande rätt	14
Bakgrund och pågående arbete m.m.	16
Tidigare behandling	23
Aktuellt	26
Utskottets ställningstagande	30
Reservationer	35
1. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (S)	35
2. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (MP)	36
3. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (V)	38
4. Äldrehälsovård, punkt 2 (SD)	40
5. Psykisk ohälsa bland äldre, punkt 3 (S)	40
6. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, punkt 4 (S, MP, V)	41
7. Boende, punkt 5 (MP)	42
8. Boende, punkt 5 (V)	42
9. Bemanningen i demensboenden, punkt 6 (MP)	43
10. Bemanningen i demensboenden, punkt 6 (SD)	43
11. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (S)	44
12. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (MP)	45
13. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (SD)	46
14. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (V)	46
15. Rättssäkerhet, punkt 8 (MP, V)	47
16. Äldreomsorg på det egna språket, punkt 9 (V)	48
17. Kunskap och kompetens, punkt 10 (S)	48
18. Kunskap och kompetens, punkt 10 (MP)	49
19. Kunskap och kompetens, punkt 10 (SD)	50
20. Kunskap och kompetens, punkt 10 (V)	51
Särskilt yttrande	53
Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (S)	53
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	54
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2011	54
<i>Bilaga 2</i>	
Socialutskottets offentliga utfrågning Kvaliteten i äldreomsorgen?	61
<i>Bilaga 3</i>	
Bilder från utfrågningen	106
Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen	106
Lars Pettersson, Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (Famna)	119

Siv Nordqvist, Vårdföretagarna	120
Stina-Clara Hjulström, Demensförbundet	122
Annelie Nordström, Svenska Kommunalarbetsförbundet	127
Eva-Lisa Krabbe, Vårdförbundet	131
Mats Thorslund, Karolinska Institutet	135
Marta Szebehely, Stockholms universitet	145
Yngve Gustafsson, Umeå universitet	150
Wilhelmina Hoffman, Svenskt demenscentrum	172

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Äldrepolitikens inriktning

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So281 av Olle Thorell (S),

2011/12:So306 av Anna Steele (FP) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So308 av Boriana Åberg (M),

2011/12:So317 av Gustav Nilsson (M),

2011/12:So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 9,

2011/12:So421 av Anne Marie Brodén (M),

2011/12:So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M),

2011/12:So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M),

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 46,

2011/12:So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP),

2011/12:So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M),

2011/12:So555 av Jan Ericson (M),

2011/12:So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1, 4, 5, 8 och 12,

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkandena 1 och 4,

2011/12:So605 av Björn von Sydow m.fl. (S) och

2011/12:So651 av Christina Karlsson m.fl. (S).

Reservation 1 (S)

Reservation 2 (MP)

Reservation 3 (V)

2. Äldrehälsovård

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So363 av Eva Flyborg (FP) och

2011/12:So498 av Christina Karlsson (S) yrkandena 1 och 2.

Reservation 4 (SD)

3. Psykisk ohälsa bland äldre

Riksdagen avslår motion

2011/12:So280 av Désirée Liljevall (S).

Reservation 5 (S)

4. Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Riksdagen avslår motion

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 22.

Reservation 6 (S, MP, V)

5. Boende

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 1, 2, 4 och 7 samt

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 2.

Reservation 7 (MP)

Reservation 8 (V)

6. Bemanningen i demensboenden

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 5 och

2011/12:So633 av Carina Herrstedt (SD).

Reservation 9 (MP)

Reservation 10 (SD)

7. Kostnader för den enskilde

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S),

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S),

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 7 och

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S).

Reservation 11 (S)

Reservation 12 (MP)

Reservation 13 (SD)

Reservation 14 (V)

8. Rättssäkerhet

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 10,

2011/12:So396 av Saila Quicklund och Eva Lohman (båda M) och

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 13.

Reservation 15 (MP, V)

9. Äldreomsorg på det egna språket

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So395 av Nina Lundström (FP) och

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 14–16 och 18.

Reservation 16 (V)

10. Kunskap och kompetens

Riksdagen avslår motionerna

2011/12:So209 av Hans Hoff (S),

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S),

2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 3 och 6,

2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD) yrkande 3,

2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 19 i denna del, 20 och 26 samt

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 3.

Reservation 17 (S)

Reservation 18 (MP)

Reservation 19 (SD)

Reservation 20 (V)

Stockholm den 14 februari 2012

På socialutskottets vägnar

Kenneth Johansson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (C), Lena Hallengren (S), Mats Gerdau (M), Margareta B Kjellin (M), Christer Engelhardt (S), Helena Bouveng (M), Isabella Jernbeck (M), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Anders W Jonsson (C), Agneta Luttröpp (MP), Anders Andersson (KD), Per Ramhorn (SD), Eva Olofsson (V), Teres Lindberg (S) och Maria Lundqvist-Brömster (FP).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

Utskottet behandlar i betänkandet 60 motionsyrkanden som väcktes under den allmänna motionstiden 2011, se bilaga 1.

Den 17 november 2011 hade utskottet besök av Lars-Erik Holm, generaldirektör, och Per-Anders Sunesson, avdelningschef, båda Socialstyrelsen, som informerade om tillsynen av äldreomsorgen.

Den 15 december 2011 anordnade utskottet en öppen utfrågning: Kvaliteten i äldreomsorgen? Stenografutskrifter och bilder från denna finns i bilagorna 2 och 3.

Den 15 december besökte utskottet Sveriges Kommuner och Landsting. En av diskussionspunkterna i programmet var Kvalitetssäker vård och omsorg.

Den 16 december 2011 hölls en debatt om äldrevården (prot. 2011/12:50).

Utskottets överväganden

Äldrefrågor

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om äldrepolitikens inriktning, äldrehälsovård, psykisk ohälsa bland äldre, medicinskt ansvarig sjuksköterska, boende, bemanningen i demensboenden, kostnader för den enskilde, rättssäkerhet, äldreomsorg på det egna språket samt om kunskap och kompetens.

Jämför reservationerna 1 (S), 2 (MP), 3 (V), 4 (SD), 5 (S), 6 (S, MP, V), 7 (MP), 8 (V), 9 (MP), 10 (SD), 11 (S), 12 (MP), 13 (SD), 14 (V), 15 (MP, V), 16 (V), 17 (S), 18 (MP), 19 (SD) och 20 (V) samt särskilt yttrande (S).

Motioner

Äldrepolitikens inriktning

I motion So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) begärs i yrkande 46 ett tillkännagivande om äldrepolitikens inriktning. Motionärerna anför bl.a. att det är en utmaning att garantera och klara en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund även när de äldre successivt blir fler. Man ska som äldre inte behöva förlita sig på anhöriga för att få en god omsorg. Äldre med vårdbehov är inte en enhetlig grupp, och äldreomsorgen måste därför skifta fokus från ett vårdperspektiv till ett inflytandeperspektiv där individens ökade krav på oberoende och självständighet är utgångspunkten i vården och omsorgen. Äldre ska ha verklig valfrihet och i högre grad än i dag kunna bestämma vad de vill ha utfört under sina hemtjänststimmar. På sikt måste hemtjänst och insatser på äldreboendet utvecklas så att det också rymmer det som gör livet värt att leva.

I motion So605 av Björn von Sydow m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om en parlamentarisk utredning inom äldrepolitiken i de delar som berörs i motionen. Motionärerna anför att det är angeläget att det som berör de äldres livssituationer i vidare mening behandlas parlamentariskt. Det gäller självklart sjuk- och äldreomsorgen och boendet för äldre, men också mycket mer. Motionärerna anser att äldrepolitik inte får bli liktydigt med äldreomsorgspolitik, och äldrepolitik får inte heller bli det enda område där frågor kring äldre människor behandlas.

I motion So281 av Olle Thorell (S) begärs ett tillkännagivande om biståndsbedömningar för äldre. Motionären anför att regeringen bör se över möjligheten att samordna olika instanser i samhället till gagn för den äldre och nämner som exempel på detta en kontakt som den sökande kan vända sig till för biståndsbedömningar och i andra ärenden.

I motion So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om nödvändigheten av att äldre hbt-personer uppmärksammas inom samhällets serviceutbud. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att äldre hbt-personer inte får diskrimineras.

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) begärs i yrkande 9 ett tillkännagivande om att uppmuntra kommunerna att utarbeta rutiner för att ge anhöriga erbjudande om stöd av kurator i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet vid demens.

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om att en oberoende utvärdering bör göras av vilka konsekvenser marknadsanpassningen har fått för dem som behöver äldreomsorg, för kvinnor respektive män, för äldre i olika socioekonomiska grupper samt om kvaliteten och effektiviteten har ökat. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att en utvärdering bör göras av vad privatiseringen av äldreomsorgen har inneburit för de anställdas arbetsvillkor. I yrkande 5 begärs ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas för att dels se över hur skattemedlen ska stanna inom äldreomsorgen, dels vilka icke vinstdrivande driftsformer som kan vara lämpliga för äldreomsorgen. I yrkande 8 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med SKL ta fram metoder och kunskaper för hur kommunerna kan arbeta för att öka kontinuiteten. Motionärerna refererar till Socialstyrelsens lägesrapport 2011 som säger att "Flera studier har visat att äldre, i synnerhet de med omfattande hjälpbehov, möter onödigt många i personalen". I yrkande 12 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samarbete med Svenskt demenscentrum kartlägga situationen och behoven för de unga demenssjuka. Motionärerna anför att det för gruppen yngre demenssjuka och deras närstående ofta saknas anhörigstöd, dagverksamheter och boenden anpassade utifrån deras behov.

I motion So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M) begärs ett tillkännagivande om en översyn av lämpligheten med en offentlig äldrepenning.

I motion So317 av Gustav Nilsson (M) begärs ett tillkännagivande om att regeringen ska återkomma med ett förslag till ändrad lagstiftning så att alla kommuner inför valfrihetssystem inom äldreomsorgen. Motionären påpekar att det är obligatoriskt med vårdval i primärvården, men att det är frivilligt för kommunerna att införa valfrihetssystem i äldreomsorgen. Liknande yrkanden finns i motionerna So308 av Boriana Åberg (M), So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M),

So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M), So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP), So555 av Jan Ericson (M) och So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M).

I motion So651 av Christina Karlsson m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om förbättrade möjligheter för kooperativa lösningar inom äldreomsorgen.

I motion So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M) begärs ett tillkännagivande om att en översyn bör göras för att förbättra samordningen av äldreården. Motionärerna anför bl.a. att äldre ofta möts av fragmenterad vård med flera vårdgivare inblandade. En samordning av äldreården skulle bidra till en mer sammanhållen vårdkedja och ett bättre omhändertagande av sjuka äldre.

I motion So421 av Anne Marie Brodén (M) begärs ett tillkännagivande om att utveckla skapande äldreomsorg.

I motion So306 av Anna Steele (FP) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen ska ange tvingande nationella föreskrifter för avtalsskrivning vid upphandling av äldreomsorg. Enligt motionären behövs detta för att säkra en god och värdig vård och för att se till att de upphandlade tjänsterna når en basal kvalitet. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att etablera en funktion för kvalitetsutveckling inom Socialstyrelsen.

Äldrehälsovård

I motion So498 av Christina Karlsson (S) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om en nationell äldrehälsovård. Motionären anser att det förebyggande arbetet är viktigt och att det för att uppnå en jämlik hälsovård för äldre behövs en nationell äldrehälsovård. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att inrätta äldreårdscentraler. Motionären anser att ett system liknande MVC och BVC för seniorer skulle leda till en effektivisering av vården och ge stora hälsovinster. I motion So363 av Eva Flyborg (FP) finns liknande förslag.

Psykisk ohälsa bland äldre

I motion So280 av Désirée Liljevall (S) begärs ett tillkännagivande om äldres psykiska hälsa. Motionären anför att det enligt en rapport från Socialstyrelsen är angeläget med en långsiktig satsning på området äldre med psykisk ohälsa.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 22 ett tillkännagivande om att en utredning bör tillsättas som ser över lagen som styr Mas (medicinskt ansvarig sjuksköterska) arbete, för att stärka Mas oberoende ställning. Motionärerna anser att Mas roll när det gäller säkerhet och kvalitet gör att tjänsten bör garanteras en oberoende ställning i organisationen.

I dag kan det vara så att Mas kan ligga under chefen för äldreomsorgen, och det kan till och med vara så att en tjänst delas så att halva är verksamhetschef och halva Mas.

Boende

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) begärs i yrkande 1 ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna bättre kan tillgodose de yngre dementas behov av kategoriboende. I yrkande 2 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna kan inrätta mindre avdelningar för personer med demens, i synnerhet för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att kommunerna bör uppmanas att i den mån det är möjligt inrätta boenden för olika kategorier av dementa. I yrkande 7 begärs ett tillkännagivande om att utreda hur en satsning på "övergångslägenheter" för dementa skulle kunna utformas. Med "övergångslägenheter" avses lägenheter som den sjuka kan flytta in i tillsammans med sin familj på en plats där det också finns tillsyn av personal, en form av "kollektivhus" där varje familj kan hyra sin lägenhet.

I motion So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) begärs i yrkande 2 ett tillkännagivande om hbt-personer och äldreboenden. Motionärerna anser att det optimalt bästa för äldre homo- och bisexuella som är i behov av äldreboende som servicehus, sjukhem och liknande vore om det erbjöds särskilt kollektivboende för homo- och bisexuella till dem som så önskar.

Bemanningen i demensboenden

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) begärs i yrkande 5 ett tillkännagivande om att kommunerna bör anpassa personalbemanningen utifrån de boendes sjukdomsbild i stället för utifrån antal boende när det gäller dementa.

I motion So633 av Carina Herrstedt (SD) begärs ett tillkännagivande om att lagstifta om en minimibemannning med utbildad personal på demensboenden.

Kostnader för den enskilde

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 7 ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna av de avgifter och hyror som i dag finns i äldreomsorgen. Motionärerna anför att det är ett antal år sedan maxtaxan och förbehållsbeloppet infördes och att flera kommuner har höjt timavgifterna och tar bra betalt för maten.

I motion So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S) begärs ett tillkännagivande om att se över möjligheten att låta kostnader för mat inom äldreomsorgen ingå i maxtaxan. En liknande begäran finns även i motion So245 av Hillevi Larsson (S).

I motion So630 av Björn von Sydow m.fl. (S) begärs ett tillkännagivande om att mun- och tandvård ska finnas med på listan över vad man får hjälp med via hemtjänsten.

I motion So563 av Hillevi Larsson (S) begärs ett tillkännagivande om att förbättra pensionärernas villkor. Motionären anför bl.a. att pensionärer som grupp har särskilda utgifter som kan bli mycket kostsamma. Läkar- och medicinkostnader är högre för äldre liksom tandläkarräkningar.

Rättssäkerhet

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 13 ett tillkännagivande om att regeringen skyndsamt bör bereda frågan om hur demenssjukas rättssäkerhet ska garanteras och återkomma med förslag. Motionärerna anför att det saknas lagstöd för att se till att demenssjuka med allvarlig kognitiv störning får rätt vård när de inte längre är kapabla att fatta egna beslut. Dessa personer har inte ens lagskydd i situationer där sjukdomen gör att de riskerar både sin egen och andras hälsa och säkerhet.

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) begärs i yrkande 10 ett tillkännagivande om att ge hemtjänstpersonal laglig rätt att ingripa i vissa fall då den sjuka behöver skyddas mot sin egen oförmåga att handla. Ett liknande yrkande finns i motion So396 av Saila Quicklund och Eva Lohman (båda M).

Äldreomsorg på det egna språket

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 14 ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg för personer med annat modersmål än svenska. I yrkande 15 finns en begäran om ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges ett särskilt uppdrag att utveckla tillsynen när det gäller tillgången till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk. I yrkande 16 finns en begäran om ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk i hela landet. I yrkande 18 finns en begäran om ett tillkännagivande om att uppdraga åt Socialstyrelsen att utfärda riktlinjer för att ge alla inom gruppen döva och dövblinda rätt till äldreomsorg på teckenspråk.

I motion So395 av Nina Lundström (FP) begärs ett tillkännagivande om att utreda möjligheten att stärka rätten till vård och omsorg på finska utifrån tillgång till språkkunnig personal.

Kunskap och kompetens

I motion So590 av Lars Ohly m.fl. (V) begärs i yrkande 19 (delvis) ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga de äldre hbt-personernas situation i mötet med bl.a. äldreomsorgen. I yrkande 20 begärs ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta ett utbildningsmaterial för personalen inom äldreomsorgen när det gäller hbt-frågor samt tillsammans med SKL sprida kunskaper om goda exempel ute i kommuner och landsting. I motion So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) begärs i yrkande 3 ett tillkännagivande om att äldreomsorgen måste öka sin kunskap om hbt-personers behov. I nyss nämnda (V)-motion begärs i yrkande 26 ett tillkännagivande om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med SKL ta fram och sprida befintlig kunskap om mäns våld mot äldre kvinnor samt att ta fram ett utbildningsmaterial för personalen i äldreomsorgen.

I motion So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (S) begärs ett tillkännagivande om den framtida arbetskraften inom äldreomsorgen. Motionärerna anför att det behövs en översyn av hur man arbetar med att höja statusen för yrken inom vård och omsorg för äldre.

I motion So209 av Hans Hoff (S) begärs ett tillkännagivande om behovet av att utveckla äldreomsorgen. Motionären anför bl.a. att äldreomsorgen ska vara en bra och modern arbetsplats så att den attraherar en ny generations medarbetare, som med rätt utbildning och kvalifikationer ska kunna ta hand om vår äldre generation på bästa sätt.

I motion So259 av Shadiye Heydari (S) begärs ett tillkännagivande om att se över möjligheterna att genomföra kompetenshöjningar hos personalen inom vård och omsorg. Motionären anför att det fordras god kompetens och kontinuitet hos personalen för att äldreomsorgen ska vara av hög kvalitet.

I motion So285 av Hannah Bergstedt (S) begärs ett tillkännagivande om rätten till ett fungerande sexualliv för äldre. Motionären anför bl.a. att det, för att man ska kunna verka för sexuell hälsa för äldre, ställs krav på ökad kunskap hos vårdpersonalen i dessa frågor och att det därför är angeläget att personal kan erbjudas särskild utbildning och handledning i dessa frågor.

I motion So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) begärs i yrkande 3 ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna ska få tillgång till läkarkompetens i form av geriatriker knutna till enheterna. I yrkande 6 finns en begäran om ett tillkännagivande om en satsning på utbildning av personal i fråga om både bemötande och anatomi, fysiologi och farmakologi.

I motion So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD) begärs i yrkande 3 ett tillkännagivande om att alla äldreboenden ska ha tillgång till palliativ kompetens.

Gällande rätt

Socialtjänstlagen

Av 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, framgår att kommun och landsting, när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården, ska upprätta en individuell plan för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Av 3 kap. 3 § SoL följer att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, att det för uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska vidare verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Enligt 5 kap. 5 § samma lag ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Vidare sägs att den äldre personen, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Bestämmelsen om värdegrunden och om att den äldre personen ska kunna välja när och hur stöd och hjälp ska ges trädde i kraft den 1 januari 2011.

Av 5 kap. 6 § SoL följer att kommunerna är skyldiga att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Enligt 5 kap. 8 a § SoL ska kommunen ingå en överenskommelse med landstinget om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.

Enligt 8 kap. 2 § SoL får kommunen enligt grunder som kommunen bestämmer ta ut skäliga avgifter för bl.a. hemtjänst och bostad i särskilt boende. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader. Avgifterna får enligt 8 kap. 6 § SoL inte uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadsomkostnader (förbehållsbelopp). Vidare ska kommunen försäkra sig om att omsorgstagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation. Genom en ändring som trädde i kraft den 1 januari 2009 har förbehållsbeloppet höjts för att delvis motverka att den inkomstförbättring som följer av det förhöjda grundavdraget leder till motsvarande höjning av avgifter enligt socialtjänstlagen (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127 och 128).

Av 14 kap. 3 § följer att den som fullgör uppgifter inom bl.a. socialtjänsten genast ska rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen m.m.

Av 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, framgår att landsting och kommun, när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska upprätta en individuell plan för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Av 8 a § HSL följer att landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.

Enligt 18 § HSL ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL (rör äldre personer) eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL (rör personer med funktionshinder) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag (särskilda boendeformer som drivs i enskild regi). Av paragrafens andra stycke framgår att en kommun även i övrigt får erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

I 24 § första stycket HSL föreskrivs att det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska finnas en sjuksköterska som svarar för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna och att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska en sjuksköterska som avses i 24 § första stycket HSL, utöver de skyldigheter som anges där, ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs enligt patientdatalagen (2008:355), att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om samt att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

I Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10) anges bl.a. att det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder fyller HSL:s krav på en god vård vilar på den kommunala nämnd som fått denna uppgift. Nämnden svarar för att den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns

förutsättningar för henne eller honom att utöva det medicinska ansvaret. Vidare anges att kravet på att det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska gäller oberoende av hur ledningen inom den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialtjänstverksamheten ordnas. Ledningen kan dock vara organiserad så att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan innehar befattningen som verksamhetschef i kommunens hälso- och sjukvård. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är, i de fall de båda uppdragen inte är förenade, underställd verksamhetschefen i kommunens hälso- och sjukvård. Vid fullgörandet av de uppgifter som omfattas av det medicinska ansvaret är den medicinskt ansvariga sjuksköterskan dock inte underställd någon verksamhetschef.

Enligt 26 d § HSL ska landstinget till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket. Av paragrafen framgår vidare att landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

Bakgrund och pågående arbete m.m.

Äldrepolitikens inriktning

Enligt vad som anges i budgetpropositionen för 2012 (prop. 2011/12:1 utg.omr. 9 s. 144) har regeringen under åren 2007–2010 avsatt sammanlagt ca 4,6 miljarder kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting med syftet att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer. Stimulansbidraget omfattade ursprungligen sju prioriterade områden: rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition samt läkartillgång. Från och med 2010 fick medlen en mer prestationsinriktad utformning som ett led i ambitionen att stimulansbidrag ska kopplas till prestationsbaserade mål, och området läkartillgång utgick varför områdena blev sex stycken. Därefter har ytterligare medel avsatts under 2011 och sammanlagt har knappt 5 miljarder kronor avsatts under åren 2007–2011. Satsningen har avslutats i och med 2011 års utgång, och Socialstyrelsen ska utvärdera och slutredovisa stimulansmedlen senast den 30 juni 2013. Av detta arbete ska det bl.a. framgå hur verksamheterna har utvecklats inom de prioriterade områdena i förhållande till de mål som regeringen antagit, de lokala mål som angivits och de riktlinjer som regeringen ställt upp samt hur de insatser som finansierats av stimulansbidraget har bidragit till denna utveckling.

I juni 2010 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om inriktningen på arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten, Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Avsikten är att arbetet ska konkretiseras i årliga överenskommelser, och målet är att stödja huvudmännens arbete inom området. Inom ramen för arbetet med en evidensbaserad praktik slöt regeringen och SKL under 2010 en överenskommelse om ett utvecklingsarbete, Program för god äldreomsorg, och inom ramen för detta har bl.a. satsningar gjorts för att stimulera entreprenörskap och ökad mångfald av utförare inom äldreomsorgen.

I januari 2011 slöt regeringen och SKL en överenskommelse om ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det handlar bl.a. om utvecklingsledare, gemensamma för kommuner och landsting, som ska ge stöd och driva utvecklingen i olika verksamheter. De ska bl.a. arbeta för att öka registreringen i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. I överenskommelsen ingår också stöd till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre. Försöksverksamheterna kan exempelvis utveckla och prova olika former för vägledning, bl.a. i form av äldrelots. Enligt överenskommelsen har SKL ansvar för nationell samordning av det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre som nu sker.

I december 2011 träffade regeringen och SKL en ny överenskommelse för 2012–2014 som syftar till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet med överenskommelsen är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad går till de mest sjuka äldres behov. Överenskommelsen omfattar följande punkter: sammanhållen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling, god palliativ vård, preventiv vård och god demensvård. När det gäller god läkemedelsbehandling ingår resultatbaserat stöd till kommuner och landsting som minskar användningen av olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre. För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller vården och omsorgen om personer med demens ges prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i kvalitetsregistren Svedem och BPSD. De åtgärder som nämns i stycket ovan fortsätter inom den nya överenskommelsen och fasas ut under 2013. Medel till Program för god äldreomsorg upphör efter 2012 och ingår därefter i den nya överenskommelsen.

Under 2011 har en högnivågrupp inrättats i Regeringskansliet. Gruppen har till uppgift att fram till 2014 lämna förslag på hur staten kan främja att kommuner och landsting bättre än i dag kan samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I gruppen finns representanter för regeringen, Socialstyrelsen och SKL. Till gruppen hör en projektgrupp som

leds av en äldresamordnare. Målet är att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre i dessa frågor.

Socialstyrelsen fick i december 2011 i uppdrag att utreda om det förekommer några systematiska skillnader i kvalitet i vård och omsorg om äldre som bedrivs av offentliga respektive enskilda utförare. Styrelsen ska även undersöka om det finns några skillnader mellan kommunala och enskilda utförare vad gäller riskerna för allvarliga misstag. Uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2012.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Tillämpningsområdet för föreskrifterna är verksamhet som omfattas av bl.a. HSL och SoL. I föreskrifterna ingår grunderna för systematiskt kvalitetsarbete, t.ex. ledningssystemets ändamål och användning. Ett ledningssystem ska leda till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamheten så att den uppfyller ställda kvalitetskrav, och det ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Regeringen tillsatte i juni 2011 en utredning med uppgift att göra en översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. (dir. 2011:61). Den 16 januari 2012 redovisades utredningen (2012:2). I uppdraget ingick bl.a. att kartlägga och analysera de sammantagna effekterna av befintliga avgiftssystem och högkostnads-skydd samt de nivåer som i dag gäller inom dessa system och att utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt. När det gäller framtida finansiering av avgifterna inom äldre- och handikappomsorg gör utredaren bedömningen att det behövs en närmare översyn av hur kommunernas sam-lade uttag av avgifter påverkar enskilda personers ekonomi och möjlighe-ter att klara andra normala levnadskostnader samt att ett sådant uppdrag lämpligen kan läggas på Socialstyrelsen. Utredningen bereds i Regerings-kansliet och har remitterats med en remisstid till den 15 mars 2012.

Enligt uppgift pågår ett arbete med att ta fram direktiv för en utredning om morgondagens vård och omsorg om äldre personer.

Sedan 2007 har Socialstyrelsen och SKL sammanställt öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre. Under 2010 presenterades den första gemensamma rapporten och i december 2011 den andra. Rapporten innehåller 31 indikatorer som speglar kvalitet från sju områden: de äldres egna uppfattningar, tillgänglighet, vård och omsorg vid särskilda behov, riskförebyggande arbete, riskförebyggande användning av läkemedel, personal och kompetens samt kostnader. För jämförelser som underlag för äldres och anhörigas val av äldreomsorg finns Äldreguiden publicerad på Socialstyrelsens webbplats. Den innehåller uppgifter om hemtjänstverksamheter, särskilda boenden och dagverksamheter på enhetsnivå.

Sedan ett par år tillbaka har Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt demenscentrum i uppdrag att samla in, strukturera och sprida kunskap på sina respektive sakområden samt stimulera utvecklingsarbete i kommunerna. Centrumen ska vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare och genom sin verksamhet bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen om äldre.

Lagen om valfrihetssystem

Sedan den 1 januari 2009 gäller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Här regleras vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd och vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem enligt lagen är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster.

Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för landstingen att tillämpa LOV i primärvården, medan lagen inte är obligatorisk när det gäller verksamhet inom kommunernas socialtjänst. Intresset för att ordna valfrihetssystem hos kommunerna har, enligt Socialstyrelsens slutrapport Stimulansbidrag LOV (december 2010), varit stort med hänsyn till att förutsättningarna ser olika ut. I oktober 2010 hade 153 kommuner beslutat att införa valfrihetssystem enligt LOV och 68 av dessa hade valfrihetssystem i drift. Merparten av de kommuner som infört valfrihetssystem har gjort det inom hemtjänsten. Det framgår vidare att valfrihetssystemet har bidragit till nyföretagande och till att utveckla befintliga småföretag i landsortskommuner. I mer än varannan kommun finns det företag som profilerat sin verksamhet. Vanligast är att erbjuda personal som utöver svenska talar andra språk. Även olika religions- och kulturprofiler erbjuds. Löfte om personalkontinuitet, tidspassning och flexibel tidsanvändning är andra exempel.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp valfrihetssystemen ur ett befolknings- och patientperspektiv, och detta ska slutredovisas den 15 februari 2012. I uppdraget ingår att följa hur valfrihetssystem påverkar tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg.

För att ta reda på vilken betydelse införandet av LOV har för utvecklingen av kostnader och effektivitet i kommunernas verksamheter fick Statskontoret i maj 2011 regeringens uppdrag att undersöka detta. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2012. Statskontoret ska i undersökningen beakta både den omställningsprocess som kommunerna har genomgått och utvecklingen i ett längre perspektiv. Eventuella skillnader som kommunstorlek och andra faktorer som kan påverka förutsättningarna att införa LOV ska också belysas.

Konkurrensverket fick i september 2011 regeringens uppdrag att utvärdera konkurrensförhållandena i kommunernas valfrihetssystem enligt LOV. I uppdraget ingår det att analysera om det faktum att kommunerna kan agera både som beställare och utförare av tjänster inom LOV påverkar konkurrensförhållandena på denna marknad. Även etableringsmöjligheter för nya utförare kommer att utgöra en viktig del samt utvecklingen av utförare inom äldreomsorgen ur ett mångfaldsperspektiv. Uppdraget ska delredovisas den 31 januari 2012 och slutredovisas den 31 januari 2013.

Som svar på en skriftlig fråga (fr. 2011/12:195) uttalade statsrådet Maria Larsson den 7 december 2011 följande.

Lena Hallengren har frågat mig om jag har för avsikt att ta fram en särskild lagstiftning för valfrihetssystem i särskilt boende.

Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting har i dag över 90 kommuner ett valfrihetssystem i drift enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) och ytterligare ett drygt sjuttiofem kommuner har fattat beslut om att införa ett valfrihetssystem. De flesta kommuner har hittills valt att göra det inom hemtjänsten.

När det gäller frågan om tvingande lagstiftning är regeringens ambition att alla kommuner i landet ska ha beslutat om valfrihet för den enskilde enligt LOV senast 2014, i annat fall bör tvingande lagstiftning övervägas. Det är i dag för tidigt att ha någon bestämd uppfattning om såväl behovet av lagstiftning som inom vilka områden en tvingande lagstiftning bör tillämpas. Jag kommer därför att noga följa den fortsatta processen med införandet av LOV i kommunerna.

Värdigt liv i äldreomsorgen

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att stödja kommuner som avser att inrätta lokala värdighetsgarantier. Styrelsen har för det ändamålet tagit fram en vägledning som är tänkt att förmedla idéer och ge inspiration om hur lokala värdighetsgarantier kan utformas. Styrelsen ska också ge stöd när det gäller hur lokala värdighetsgarantier kan följas upp. Därutöver har styrelsen i uppdrag att betala ut prestationsersättning till kommuner som har för avsikt att inrätta lokala värdighetsgarantier. Syftet är att stimulera kommunerna i arbetet med att tydliggöra för äldre personer, anhöriga och allmänhet vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen. Av styrelsens första redovisning i juni 2011 framgår att 230 kommuner vid den tiden hade ansökt om bidrag till förberedelsearbete.

Socialstyrelsen har vidare i uppdrag att i samråd med bl.a. SKL ta fram underlag till en utbildning i den nationella värdegrunden för lämpliga personalkategorier, t.ex. biståndshandläggare och arbetsledare inom kommunalt och enskilt bedriven äldreomsorg, och att därefter genomföra upphandling av sådan utbildning. Slutrapport ska lämnas den 31 maj 2013.

Kvalitet

Socialstyrelsen fick i december 2011 ett regeringsuppdrag att ta fram ett vägledande underlag för upphandling enligt LOU, förfrågningsunderlag enligt LOV samt en vägledning för uppföljning av insatser, inklusive insat-

ser som en annan utförare än kommunen utför. Uppdraget gäller omsorg om äldre personer enligt SoL och hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL. Uppdraget ska redovisas senast den 13 januari 2013 (S2011/11073/FST).

Kammarkollegiet har sedan 2009 ett pågående uppdrag att utveckla en vägledning för upphandling inom vård och omsorg i syfte att underlätta upphandlingsprocessen för upphandlande myndigheter och leverantörer. Av en rapportering från oktober 2011 framgår att vägledningar för kravspecifikationer för vård och omsorg som utförs enligt SoL och HSL kommer att tas fram under våren 2012.

Kommunaliserad hemsjukvård

I juni 2011 överlämnades utredningsbetänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55). Utredningens uppdrag har varit att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landstingen till kommunerna. Syftet har varit att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet, att utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård. Betänkandet har remitterats och remisstiden gick ut den 15 december 2011. Ärendet bereds i Regeringskansliet.

Psykisk ohälsa bland äldre

Under våren 2011 lanserades en nationell webbaserad kunskapsportal för området vård och omsorg om äldre och verksamhet inom psykiatriområdet (www.kunskapsguiden.se). Målet med portalen är att den ska bidra till att vård- och stödinsatser är trygga, säkra och av god kvalitet samt att de utgår från evidensbaserade metoder och arbetssätt. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och inhämtande av kunskap om evidensbaserade metoder och arbetssätt. Målgruppen är personal på alla nivåer inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen ska utvärdera hur kunskapsportalerna används.

Socialstyrelsen fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag att genomföra en studie av hur behov av psykiatrisk vård och stöd bland äldre personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2012.

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att ta fram en vägledning för ökat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa. Syftet är att utveckla ett nationellt stöd i form av en vägledning för att stärka huvudmännens insatser för ett gemensamt ansvarstagande. Stöd behövs för samarbete och gemensamt ansvarstagande, för att utveckla personalens kompetens inom psykisk ohälsa och för att utveckla former för samarbete. Inom ramen för uppdraget har bl.a. ett häfte tagits fram, Psykisk ohälsa hos äldre, som ett stöd för fördjupning i ämnet psykisk ohälsa hos äldre. Uppdraget ska redovisas den 31 maj 2012.

Nationella riktlinjer för demensvården

Våren 2010 presenterade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Bland rekommendationerna märks bl.a.

- att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och ett multiprofessionellt teambaserat arbete
- att hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltid bör utreda de bakomliggande orsakerna till beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD)
- att socialtjänsten bör erbjuda personer med demenssjukdom dagverksamhet som är specifikt anpassad för gruppens behov och att yngre personer bör erbjudas plats i dagverksamhet som specifikt anpassats för deras behov
- att socialtjänsten bör erbjuda personer med demenssjukdom plats i ett småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom samt verka för att boendets miljö är personligt utformad, hemlik och berikad och att de personer som har behov av utevistelse ges möjlighet till detta.

Bemanningen i demensboenden

I februari 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en vägledning till kommunerna i frågor om organisering av särskilt boende för personer med demenssjukdom, t.ex. för bemanning. Socialstyrelsen redogjorde i en skrivelse till regeringen i augusti 2011 för det fortsatta arbetet. Socialstyrelsen anser att det behövs en tydligare reglering av socialnämndens ansvar för bemanning och har påbörjat ett arbete med att ta fram föreskrifter och allmänna råd. Arbetet beräknas vara klart sommaren 2012.

Rättssäkerhet

I december 2006 lämnades utredningsbetänkandet Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom (SOU 2006:110). Utredaren föreslår två nya lagar för att reglera nödvändiga tvångsåtgärder i vård och omsorg av personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom inom socialnämndens ansvarsområde. Utredningen har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet.

Kunskap och kompetens

Regeringen har inlett ett arbete för att stödja och stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka kompetensen inom äldreomsorgen på olika sätt. Det sker bl.a. genom satsningen Omvårdnadslyftet som är en satsning under perioden 2011–2014. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbereda, administrera och löpande följa upp satsningen och fördelar under tiden statliga medel enligt en prestationsbaserad modell. Från 2012

är det möjligt att inom Omvårdnadslyftet också genomföra utbildningsinsatser för personal som arbetar med specialiserade uppgifter. Satsningen innebär att det för första gången på nationell nivå anges vilka kunskaper som behövs för grundläggande arbete och specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen. Styrelsen ska vidare ta fram underlag till en utbildning i den nationella värdegrunden för personal inom kommunalt och enskilt bedrivna äldreomsorg. Styrelsen har redan, på regeringens uppdrag, tagit fram förslag till en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen.

I strategin för de nationella minoriteterna – Från erkännande till egenmakt (prop. 2008/09:158) – har regeringen lyft fram behovet av att kunna få äldreomsorg på nationellt minoritetsspråk. Den 1 januari 2010 trädde även lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk i kraft (prop. 2008/09:158, bet. 2008/09:KU23, rskr. 2008/09:272).

I en rapport som lämnades i november 2011 redovisar Socialstyrelsen hur äldre från de nationella minoriteterna uppfattar kvaliteten på äldreomsorgen, se Nationella minoriteter och äldreomsorgen. Av rapporten framgår att Socialstyrelsen anser att det är viktigt att kommunerna uppfyller minoritetspolitikens krav att erbjuda äldreomsorg på minoritetsspråken och att äldreomsorgen bör ses i en minoritetskontext med de rättigheter det innebär att tillhöra en nationell minoritet i Sverige. Resultaten tyder vidare på att kommunerna kan göra mer för att uppfylla minoritetspolitikens krav.

I december 2011 publicerades Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. De allmänna råden, som gäller personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL, innehåller rekommendationer för tolkningen av 3 kap. 3 § andra stycket SoL och de grundläggande kunskaper som behövs för att arbeta som t.ex. vårdbiträde eller undersköterska i socialtjänstens omsorg om äldre.

I december 2011 lämnades utredningen En samlad tolktjänst (SOU 2011:83). Utredningen har kartlagt och analyserat hur nuvarande reglering, finansiering och tillsyn av tolktjänst till barndomsdöva, vuxendöva, hörselskadade och personer med dövblindhet fungerar inom olika samhällsområden. Utredningen ger förslag i syfte att skapa en mer brukarorienterad modell, en mer ändamålsenlig och kostnadseffektiv organisation och ett tydligare, mer förutsägbart och mer lättöverskådligt regelverk. Ärendet bereds i Regeringskansliet.

Tidigare behandling

Ett antal motioner likalydande eller liknande de som behandlas nu behandlades av utskottet i betänkande 2010/11:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m. (prop. 2010/11:1, rskr. 2010/11:124 och 125). I samtliga fall följde riksdagen utskottet.

I fråga om motioner om äldre hbt-personer uttalade utskottet följande (s. 56, res. S + V).

En ökad valfrihet inom äldreomsorgen är viktig för att äldre människor ska kunna få sina behov och önskemål tillgodosedda. Ett syfte med LOV är att verka för en ökad mångfald av utförare. I en rapport från Socialstyrelsen framgår att det i varannan kommun där valfrihetssystem har införts finns utförare med särskild inriktning verksam. Lagen kan således bidra till att utförare inom äldreomsorgen kan profilera sig genom att erbjuda exempelvis särskild hbt-kompetens. Utskottet vill även erinra om att det inom ramen för programmet för god äldreomsorg bl.a. har gjorts satsningar för att stimulera en ökad mångfald av utförare inom äldreomsorgen.

Motionerna avstyrktes.

I fråga om motioner om förbättringar i äldreomsorgen liksom om en mer sammanhållen vårdkedja för äldre uttalade utskottet följande (s. 18, res. S om förbättringar i äldreomsorgen).

Utskottet noterar att regeringen har deklarerat sin avsikt att fokusera på förbättringar av vården av och omsorgen om äldre. Utskottet välkomnar den särskilda satsning som kommer att göras så att vården i större utsträckning utgår från patientens behov genom att kontinuiteten förbättras och så att vård- och omsorgsinsatser samordnas av ansvariga vårdgivare. Det är även positivt att regeringen kommer att överväga om primärvården kan få ett preciserat äldreuppdrag.

Motionerna avstyrktes.

När det gäller motioner om psykisk ohälsa bland äldre uttalade utskottet följande (s. 59 f., res. S, MP, V).

Psykisk ohälsa bland äldre personer är vanligt förekommande. Det finns kunskap om äldres psykiska ohälsa och vilka metoder som är effektiva för att möta ohälsan, men kunskapen är inte tillräckligt spridd. Det saknas en samlad strategi för att åtgärda problemet med att äldre personer som har psykisk ohälsa inte har tillgång till en god och säker vård, och det delade huvudmannaskapet kan innebära att inte någon av huvudmännen tar ett samlat ansvar. Utskottet erinrar om de åtgärder som regeringen har vidtagit inom området, bl.a. införandet av bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommande om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Utskottet noterar att Socialstyrelsen har fått flera uppdrag, bl.a. att ta fram en vägledning som stärker huvudmännens insatser för ett gemensamt ansvarstagande.

Motionerna avstyrktes.

När det gäller motioner om bemanningen i demensboenden beslutade utskottet om ett tillkännagivande om nationella riktlinjer för bemanning i demensvården. Utskottet uttalade följande (s. 58 f., res. M + FP + C + KD).

Utskottet anser att man ska åldras under trygga och värdiga former och kunna känna sig säkra på att få den vård och omsorg som man har behov av på ålderns höst.

I Socialstyrelsens nyligen publicerade Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 föreslås inte någon bemanningsnivå. Av rapporten Lämplig bemanning – i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom (2010:10) från Stiftelsen Stockholms

läns Äldrecentrum framgår dock att det går att fastställa riktlinjer för lämplig bemanning för en god vård och omsorg om demenssjuka. Äldrecentrum visar inte bara på en lämplig bemanning utan även hur den kan anpassas till lokala förhållanden.

Det hävdas att det är för komplicerat att fastställa nationella riktlinjer för en lämplig bemanning, att de lokala förhållandena är för olika. Det finns också en rädsla för att den föreslagna bemanningen skulle bli ett tak och inte ett golv. Verkligheten visar att dessa argument inte håller längre. Bemanningen inom svensk demensvård är ofta otillräcklig. När det sparas på äldreomsorgens personal drabbas kvaliteten i äldreomsorgen. Det finns en gräns där äldre människor far direkt illa, människors närvaro och omsorg kan inte ersättas av larm, larmmattor och låsta dörrar. Utskottet anser att det inte bör fastställas riktlinjer för en miniminivå, utan riktlinjer för en god äldreomsorg med en personaltätthet som låter äldre människor följa sin egen dygnsrytm, där tid finns för både varje enskild person och för gemensamma aktiviteter.

Regeringen bör därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera sina nationella riktlinjer för god vård och omsorg vid demenssjukdom med riktlinjer för bemanning.

Rörande motioner om äldreomsorg på det egna språket uttalade utskottet följande (s. 59, res. V).

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Ett sätt för kommunerna att tydliggöra kvalitet och trygghet i omsorgen är att utforma lokala värdighetsgarantier. Att som äldre få omsorg på sitt modersmål ger en ökad trygghet och möjlighet att uttrycka önskemål och behov.

Utskottet konstaterar att kommunerna nu är skyldiga att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Motionerna avstyrktes.

När det gäller motioner om personal- och kompetensförsörjning m.m. uttalade utskottet följande (s. 58, res. S, V).

God tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet. Utskottet välkomnar därför regeringens förslag på ett omvårdnadslyft i form av en särskild utbildningssatsning för äldreomsorgens medarbetare. Satsningen syftar till att stärka kompetensen inom äldreomsorgen och ge medarbetarna möjlighet att växa i sina yrkesroller.

Det är angeläget att fortsatt stimulera företagande och entreprenörskap inom vård och omsorg. Utskottet ser därför positivt på införandet av ett stöd inom ramen för kompetenssatsningen för äldreomsorgen – ett starta-egit-bidrag för äldreomsorgens medarbetare.

Utskottet konstaterar att regeringen har inlett ett arbete med att stödja utvecklingen av strukturer som ska stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har fått flera uppdrag, bl.a. att utveckla dels en nationell chefsutbildning för chefer inom äldreomsorgen, dels särskilda utbildningar i värdegrundsarbete, t.ex. för arbetsledare och biståndshandläggare.

Motionerna avstyrktes.

Motioner om biståndsbedömningar för äldre, om nationella föreskrifter för avtalsskrivning vid upphandling av äldreomsorg och om en funktion för kvalitetsutveckling inom Socialstyrelsen behandlades av utskottet i betänkande 2010/11:SoU10 Socialtjänstfrågor (prot. 2010/11:92 och 93). Utskottet uttalade följande (s. 32, res. S om biståndsbedömningar för äldre).

Genom Program för en god äldreomsorg stöder regeringen huvudmännen i arbetet med att säkerställa en god vård och omsorg för äldre, bl.a. god tillgänglighet, självbestämmande, trygghet och inflytande med syftet att stimulera olika former av utvecklingsarbete när det gäller insatser till äldre och särskilt äldre med stora behov.

Motionerna avstyrktes och riksdagen följde utskottet.

Aktuellt

Aktuell debatt

I en debatt den 16 december 2011 om äldrevården (prot. 2011/12:50) uttalade statsrådet Maria Larsson bl.a. följande.

Fru talman! Jag har de senaste veckorna fått många brev från äldre personer som känner stor oro. De är oroliga över den äldreomsorg som de sett målas upp i medierna. Jag delar deras oro, och jag tar deras brev på största allvar. Vanvård eller missförhållanden i äldreomsorgen kan aldrig accepteras. Allt ska göras för att motarbeta det och säkra systemen.

De som är äldre har levt långa strävsamma liv. De har varit med och byggt upp vår välfärd och vårt land, och vi är skyldiga dem en äldreomsorg med god kvalitet var de än bor. Man ska kunna känna sig trygg med att bli gammal i vårt land.

Kommunerna som är huvudansvariga måste sköta uppföljning och kontroll bättre. Den statliga tillsynen ska slå ned hårt om verksamheten inte håller måttet. Brister kan uppträda i både offentlig och privat driven verksamhet – det har vi sett. Men vinster ska inte kunna föras till skatteparadis utomlands. Och regeringen ska fortsätta att utveckla system för uppföljning och upptäckt av brister.

Fru talman! Varje dag får ca 300 000 äldre insatser från hemtjänsten eller i särskilt boende i vårt land. Vi är ett av de länder i Europa som lägger mest resurser ekonomiskt till äldreomsorgen – 3,5 procent av BNP. Ändå är vi inte nöjda med den kvalitet vi har.

Klarar den svenska äldreomsorgen sitt uppdrag? Bilden är inte entydig. Det finns olika bilder av äldreomsorgen.

Precis som vi hörde tidigare från Gustav finns det många äldre som är nöjda med den vård och omsorg de får. Socialstyrelsen konstaterade detta i går. Det får jag också många brev om från äldre, från anhöriga och från personal som skriver och vill berätta att just där de bor, just där de är, tycker de att omsorgen är god.

En annan bild är avslöjandena om vanvård och misskötsel. Har upphandlingarna pressats så hårt i pris och varit så otydliga om kvalitetskrav att vi nu har systematiska kvalitetsbrister? Regeringen ska reda ut om det finns systematik i de fall som avslöjats under hösten. Fram till denna höst har ingenting pekats på att enskilda utförare bistår med en sämre äldreomsorg, men blotta misstanken gör att varje sten ska vändas på. Varje tänkbar brist ska vara föremål för vår uppmärksamhet och om behov finns åtgärdas.

En tredje bild är att de mest sjuka äldre ofta får en sämre vård och omsorg. Personer i hög ålder med många komplicerade hälsoproblem riskerar att hamna i ett virrvarr av olika insatser utan samordning, och de har svårt att göra sina röster hörda.

I går presenterade därför regeringen en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om utvecklingen av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det ska vara en samordnad vård med en helhetssyn på människan. Under mandatperioden avsätter vi 4 miljarder kronor för att äldreomsorg och hälso- och sjukvård överallt i Sverige ska bilda en mjuk famn kring den äldre som behöver stöd. Det är en unikt stor satsning till äldre som ofta inte kan höja sina röster själva.

En fråga som är nära sammankopplad med äldreomsorgens kvalitet är bemanning och kompetens hos medarbetarna. Personalen är verkligen hjältar i äldreomsorgen. Det är inte alltid ett lätt arbete. Det fordras kompetens på en mängd olika områden.

För första gången har vi nu ett allmänt råd från Socialstyrelsen som lägger fast vilken kompetens som behövs. Nästa år startar Omvårdnadslyftet med en satsning på 1 miljard kronor från regeringen. 110 kommuner har anmält intresse för att ge personalen inom äldreomsorgen ett kompetenslyft. De vet att personalens kompetens är en viktig del för att vården ska bli bra.

Vi vet också att antalet personer har betydelse för kvaliteten. Inte minst Socialstyrelsens tillsyn nattetid visar att det finns brister i svensk äldreomsorg. Insatserna i äldreomsorgen måste baseras på de äldres olika, individuella behov, och så sker inte i tillräcklig omfattning i dag. Vid biståndsbedömningen får man ofta bara rätt och slätt en plats på äldreboendet. Då blir det svårt att bedöma hur mycket personal som går åt för att fylla uppgiften och säkra den goda kvaliteten. En äldre person kan behöva både en dusch och en hand att hålla i, och kanske vill man göra ett toalettbesök i stället för att bära blöjor.

Socialstyrelsen arbetar nu på vårt uppdrag med att titta på bemaningsfrågorna, och min förhoppning är att vi kan ha ett bra underlag för att säkra den goda kvaliteten utifrån de äldres behov. Vi kommer att arbeta vidare med frågan.

Fru talman! Demokrati förutsätter solidaritet – solidaritet mellan generationer, solidaritet mellan människor i vårt land. Äldreomsorgen är ett uttryck för denna solidaritet, och höstens händelser visar att vi ska ha förpliktelser mot varandra och en omsorg som rymmer värme, trygghet och kvalitet.

Interpellationssvar om kvaliteten i äldreomsorgen

Som svar på en interpellation (ip. 2011/12:149) om kvaliteten i äldreomsorgen svarade statsrådet Maria Larsson den 16 december 2011 följande.

Herr talman! Monica Green har frågat mig vad jag avser att göra för att utarbeta kvalitetskontroller i äldrevården. Monica Green har även frågat mig vad jag avser att göra för att personalen ska få möjlighet att utvecklas i sitt viktiga yrke och att anmäla eller meddela missförhållanden oavsett driftsform. Monica Green frågar till sist vad jag avser att göra för att höja kvaliteten i äldrevården.

Jag vill börja med att besvara frågan vad jag avser att göra för att höja kvaliteten i äldrevården. Att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska

utvecklas och säkras är en av de viktigaste faktorerna för en god kvalitet. Dessa lagstadgade kvalitetskrav gäller både för kommunal verksamhet och för privata/enskilda utförare.

Regeringen har tagit initiativ till Omvårdnadslyftet, en utbildnings-satsning för äldreomsorgens medarbetare som pågår mellan 2011 och 2014. Omvårdnadslyftet syftar till att stärka både den grundläggande kompetensen för undersköterskor och vårdbiträden och den kompetens som behövs för specialiserade uppgifter. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att förbereda, administrera och löpande följa upp Omvårdnadslyftet. I dagsläget har 210 kommuner sökt bidraget och 90 procent av dessa kommer att använda det för hela äldreomsorgen.

Regeringen har från den 1 januari i år infört en bestämmelse i socialtjänstlagen om en nationell värdegrund för äldreomsorgen. För att stödja värdegrundsarbetet i kommunerna har Socialstyrelsen upphandlat högskoleutbildning för bland annat arbetsledare och biståndsbedömare. Den startar i slutet av januari 2012. I dag har ca 600 anmälningar till utbildningen inkommit, och det är glädjande att utbildningen väcker sådant intresse i kommunerna.

Vården och omsorgen om de äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov är en mycket prioriterad fråga. Regeringen avser därför att satsa sammanlagt 3,75 miljarder kronor på insatser för den gruppen under denna mandatperiod. En särskild äldresamordnare, Eva Nilsson Bågenholm, har utsetts för att leda arbetet. Målet är att få omsorgen och vården att samverka bättre kring de äldre samt att mer effektivt använda resurserna så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de äldres behov.

De äldre och deras anhöriga måste kunna lita på att vården är trygg och värdig. Det har varit en angelägen fråga för regeringen sedan den tillträdde 2006 att skapa transparens och stimulera till förbättringsarbete och underlätta fria val i vården och omsorgen. Ett led i det arbetet är att utveckla öppna jämförelser av kommunernas äldreomsorg. I dag innehåller öppna jämförelser 30 indikatorer som speglar kvalitet utifrån sju områden. Socialstyrelsen har på sin webbplats jämförelseverket Äldreguiden där äldre och anhöriga kan hitta underlag för sitt val av äldreomsorg bland 30 indikatorer fördelade på tolv kvalitetsområden. Dessutom frågar regeringen äldre vad de tycker om vården och omsorgen i regelbundna brukarundersökningar.

Beträffande frågan om att anmäla eller meddela missförhållanden oavsett driftsform omfattar lex Sarah från den 1 juli 2011 hela socialtjänsten, oberoende av om det handlar om verksamheter i privat eller offentlig regi. Det nya är bland annat att det dessutom gäller risker för missförhållanden. Regeringen avser därutöver att tillsätta en utredning för att se om det går att finna lösningar som stärker skyddet för anställda som vill kunna lämna uppgifter om missförhållanden i verksamheten. Det är viktigt att anställda bland annat inom äldreomsorgen och inom stödet till personer med funktionsnedsättning tryggt kan rapportera om förhållanden som det finns anledning att särskilt uppmärksamma.

När det gäller frågan om vad jag avser att göra för att utarbeta kvalitetskontroller i äldre vården vill jag först nämna att Socialstyrelsen från och med 2010 har tillsynsansvar för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen har utarbetat föreskrifter och allmänna råd om kvalitetsledningssystem för kommunerna att arbeta efter. Föreskrifterna avser att vårdgivaren ska göra riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. Socialstyrelsen kommer att få ett nytt uppdrag, att granska om det förekommer systematiska kvalitetsskillnader mellan offentlig och enskilt driven äldreomsorg. Jag vill i detta

sammanhang betona att den statliga tillsynen hittills inte har kunnat finna några kvalitetsskillnader mellan privat och kommunalt bedriven äldreomsorg. Rätt hanterat leder valfriheten till konkurrens om kvalitet. En mångfald av utförare kan också öppna nytänkande och innovation.

Jag vill också framhålla att kommunerna har ansvar för att följa upp sin egen verksamhet och den verksamhet som bedrivs på uppdrag av kommunen. Uppföljningsansvaret omfattar även individnivå.

Delaktighet, välbefinnande och valfrihet är regeringens ledord för utvecklingen inom omsorgen om äldre människor. Alla äldre ska ha rätt att åldras med värdighet. De ska kunna känna trygghet, gemenskap och en delaktighet i samhället i övrigt.

Som svar på en interpellation (ip. 2011/12:35) om vanvård i privat äldreomsorg svarade statsrådet Maria Larsson den 25 oktober 2011 följande.

Herr talman! Eva Olofsson har frågat mig vad jag avser att göra för att det ska bli möjligt att snabbt bryta avtal när det framkommer att vanvård pågår. Vidare har Eva Olofsson frågat vad jag avser att göra för att öka möjligheterna till insyn i hur de privata utförarna bedriver verksamheten.

Inledningsvis vill jag understryka att oberoende av om äldreomsorgen ges i privat/enskild eller kommunal regi ska den enskilde brukaren och dennes anhöriga alltid kunna känna fullt förtroende för att verksamheten är av god kvalitet och att den bedrivs i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Min utgångspunkt som äldreminister är att regelsystemen ska vara så lika som möjligt för såväl offentliga som ideella och privata utförare. Två grundläggande villkor gäller för all äldreomsorg.

För det första: Socialtjänstlagens krav på god kvalitet gäller alltid, oberoende av om äldreomsorgen bedrivs i enskild regi eller i kommunal regi. Av den så kallade kvalitetsparagrafen, 3 kap. 3 § socialtjänstlagen, framgår att insatserna ska vara av god kvalitet, att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Dessa lagstadgade kvalitetskrav gäller direkt också för privata/enskilda utförare, och de gäller oberoende av det avtal som sluts mellan kommunen och en privat/enskild utförare. Det innebär att den gällande lagstiftningen inte kan avtalas bort eller bortses från med hänvisning till att dessa kvalitetskrav saknas i avtalet.

För det andra: När kommunen som huvudman för socialtjänsten sluter ett avtal och låter någon annan utföra kommunens uppgifter förblir verksamheten en kommunal angelägenhet. Kommunen bär fortsättningsvis huvudansvaret och har det yttersta ansvaret för verksamheten. I kommunallagens 3 kap. § 19 a anges dessutom att i avtal mellan kommun och privat/enskild utförare ska kommunen skriva i avtalet att allmänheten ska ha möjlighet att få insyn i hur tjänsten utförs.

Jag vill här knyta an till Eva Olofssons fråga om vad jag avser att göra för att det ska bli möjligt att snabbt bryta avtal när det framkommer att vanvård pågår. Mitt svar är att det inte är aktuellt med ytterligare statlig reglering. Argumenten är följande:

Driftentreprenader kan upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling eller lagen om valfrihetssystem. Dessa lagar reglerar upphandlingsförfarandet. Vid upphandlingsförfarandet och i avtalet är det viktigt att tydliggöra de krav och villkor som ska uppfyllas och vad som ska gälla om en part inte uppfyller sina förpliktelser.

Att staten i detalj ska styra och reglera äldreomsorgen eller lagstifta om avtal mellan kommun och utförare står bland annat i motsatsställning till socialtjänstlagens karaktär av målinriktad ramlag och det kommunala självstyret samt kravet på individuell behovsanpassning.

Däremot behövs det bra verktyg för att utveckla, granska och kontrollera kvaliteten i äldreomsorgen. Alltsedan regeringen tillträdde har äldreomsorgen och dessa frågor getts hög prioritet, och regeringen har vidtagit kraftfulla åtgärder för att effektivisera kvalitetsarbetet, öka insynen och skärpa tillsynen inom äldreomsorgen såväl i enskild regi som i kommunal regi.

— — —

Äldreåret 2012 i EU

År 2012 är utsett till Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationer (Äldreåret). Året kommer att uppmärksammas i samtliga medlemsstater. Syftet med Äldreåret är att underlätta skapandet av en kultur för aktivt åldrande i Europa, som grundar sig på ett samhälle för alla åldrar. Äldreåret ska öka medvetenheten om att äldre människors insatser är en samhällsinvestering och en tillgång för den enskilda människan. Vidare ska Äldreåret öka kunskapen om aktiviteter och insatser som främjar ett aktivt åldrande.

Utskottets ställningstagande

Målen för äldrepolitiken är att äldre ska 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.

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre människor får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. På så sätt får man en mer individuell inriktad äldreomsorg, och genom att utforma lokala värdighetsgarantier kan kommunerna tydliggöra kvalitet och trygghet i omsorgen. Utskottet noterar och välkomnar att personal inom äldreomsorgen får utbildning om den nationella värdegrunden. Utskottet förutsätter därmed ett individuellt bemötande. Något riksdagsinitiativ i enlighet med motion So595 (S) yrkan-dena 1 och 4 behövs inte.

Det är utomordentligt viktigt att de äldre och deras anhöriga kan lita på att vården är trygg och värdig, och detta förutsätter i sin tur att vården och omsorgen är av god kvalitet. Utskottet genomförde i december 2011 en offentlig utfrågning som rubricerades Kvaliteten i äldreomsorgen? för att brett belysa området. En utskrift av vad som framkom vid utfrågningen finns i bilaga 2.

Socialstyrelsen ansvarar sedan den 1 januari 2010 för tillsynen enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och den samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården. Därmed finns det bättre förutsättningar för en mer enhetlig och förutsägbar tillsyn, vilket gör det lättare för den

enskilde att hitta rätt när han eller hon vill framföra klagomål eller anmäla brister. När det gäller att anmäla eller meddela missförhållanden omfattar den s.k. lex Sarah-bestämmelsen i SoL från den 1 juli 2011 inte bara att rapportera om missförhållanden utan också om påtagliga risker för missförhållanden.

Utskottet kan konstatera att stora satsningar har gjorts på senare tid i syfte att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Regeringen har under åren 2007–2011 avsatt sammanlagt knappt 5 miljarder kronor i stimulansmedel för att förbättra vården av och omsorgen om äldre i kommunerna och landstingen. Stimulansbidraget har omfattat följande sju prioriterade områden: rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition samt läkartillgång. Denna satsning har avslutats i och med 2011 års utgång och kommer att utvärderas senast den 30 juni 2013.

Utskottet välkomnar överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I januari 2011 initierades på så sätt ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Samtidigt inrättades en högnivågrupp i Regeringskansliet och det utsågs en äldresamordnare som ledare för en projektgrupp med målet att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre. Den senaste överenskommelsen träffades i december 2011 och gäller för perioden 2012–2014. Syftet är att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Överenskommelsen omfattar sammanhållnen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling, god palliativ vård, preventiv vård och god demensvård. Målet är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad möter de mest sjuka äldres behov.

Utskottet ser positivt på Socialstyrelsens uppdrag från december 2011. Styrelsen ska dels utreda om det förekommer några systematiska skillnader i kvalitet i vård och omsorg om äldre som bedrivs av offentliga respektive enskilda utförare, dels undersöka om det finns några skillnader mellan kommunala och enskilda utförare vad gäller riskerna för allvarliga misstag. Utskottet ser också positivt på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilka trädde i kraft den 1 januari 2012. Här ingår grunderna för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Avsikten är att detta ska leda till att man inom verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar denna så att den uppfyller ställda kvalitetskrav. Socialstyrelsen har också i uppdrag att ta fram vägledande underlag för upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förfrågningsunderlag enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem samt en vägledning för uppföljning av insatser, inklusive insatser som en annan utförare än en kommun utför.

En ökad valfrihet inom äldreomsorgen stärker den enskildes möjlighet till delaktighet och inflytande och är därför också viktig för att äldre ska få sina olika behov tillgodosedda. Det finns ett stort intresse för att ordna valfrihetssystem hos kommunerna, och merparten av de kommuner som infört valfrihetssystem har gjort det inom hemtjänsten. I mer än varannan kommun finns företag som profilerat sin verksamhet. Vanligast är att erbjuda personal som utöver svenska talar andra språk, men även olika religions- och kulturprofiler erbjuds liksom löfte om personalkontinuitet, tidspassning och flexibel tidsanvändning. Socialstyrelsen kommer inom kort att slutredovisa sitt uppdrag att följa upp valfrihetssystemen ur ett befolknings- och patientperspektiv. Utskottet ser fram emot detta och påminner också om de båda uppdragen till dels Statskontoret om utvecklingen av kostnader och effektivitet i kommunernas verksamheter, dels Konkurrensverket om konkurrensförhållandena i kommunernas valfrihetssystem. Regeringens ambition är att alla kommuner i landet ska ha beslutat om valfrihet för den enskilde enligt lagen senast 2014. Utskottet välkomnar detta arbete.

Sammanfattningsvis konstaterar utskottet att ett omfattande arbete pågår på området och motionerna So281 (S), So306 (FP) yrkandena 1 och 2, So308 (M), So317 (M), So324 (M), So336 (MP) yrkande 9, So421 (M), So451 (M), So456 (M), So521 (S) yrkande 46, So525 (FP), So531 (M), So555 (M), So560 (M), So590 (V) yrkandena 1, 4, 5, 8 och 12, So595 (S) yrkandena 1 och 4, So605 (S) och So651 (S) avstyrks.

I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår enligt 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att förebygga ohälsa. Därtill kan nämnas det förebyggande arbete som sker genom de satsningar som gjorts med stöd av stimulansmedlen under åren 2007–2011. Utskottet noterar även det arbete som pågår med att kommunalisera hemsjukvården. Riksdagen bör inte ta något initiativ med anledning av motionerna So363 (FP) och So498 (S) yrkandena 1 och 2. Motionerna avstyrks.

Psykisk ohälsa bland äldre är vanligt förekommande och måste tas på största allvar. Utskottet konstaterar att Socialstyrelsen har två olika uppdrag inom området. Dessa ska redovisas inom kort. Riksdagen bör inte föregripa det arbetet. Motion So280 (S) avstyrks.

När det gäller den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll bedömer utskottet att lagregleringen i kombination med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) på ett tillfredsställande sätt säkerställer hans eller hennes oberoende. Utskottet är därför inte berett att föreslå att riksdagen ska ta något initiativ. Motion So590 (V) yrkande 22 avstyrks.

Det är viktigt att äldre känner trygghet i sitt boende. Sedan 2007 har regeringen avsatt medel till ett investeringsstöd för att stimulera ny- eller ombyggnad av särskilda boendeformer för service och omvårdnad till äldre personer och sedan 2009 omfattar stödet också trygghetsboenden. De senare är inte biståndsbedömda boenden och överbryggar glappet mellan vanligt boende och det särskilda boendet med heldygnssomsorg. Bland de biståndsbedömda boendena finns det möjlighet för den enskilde att välja

s.k. profil- eller kategoriboende som riktar sig till personer med särskilda behov eller önskemål på grund av t.ex. demens eller psykiatrisk diagnos. Utskottet är inte berett att föreslå att riksdagen ska ta något initiativ med anledning av motionerna So336 (MP) yrkandena 1, 2, 4 och 7 samt So595 (S) yrkande 2. Motionerna avstyrks.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att ta fram en vägledning till kommunerna i frågor om organisering av särskilt boende för personer med demenssjukdom, t.ex. för bemanning. Styrelsens arbete med att ta fram föreskrifter och allmänna råd med anledning av detta beräknas vara klart sommaren 2012. Riksdagen bör inte föregripa det arbetet. Motionerna So336 (MP) yrkande 5 och So633 (SD) är delvis tillgodosedda.

När det gäller frågan om den enskildes olika kostnader för bl.a. äldreomsorg noterar utskottet den nyligen avlämnade utredningen om en översyn av avgiftsstrukturen på området (SOU 2012:2). Utredaren har, när det gäller framtida finansiering av avgifterna inom bl.a. äldreomsorgen, gjort bedömningen att det behövs en närmare översyn av hur kommunernas samlade uttag av avgifter påverkar enskilda personers ekonomi och möjligheter att klara andra normala levnadskostnader. Enligt uppgift är utredningsförslaget remitterat. Riksdagen bör inte föregripa den fortsatta beredningen. Motionerna So245 (S), So347 (S), So563 (S), So590 (V) yrkande 7 och So630 (S) avstyrks.

Äldres rättssäkerhet är en mycket viktig fråga. Utredningsbetänkandet Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom (2006:110) lämnades i december 2006 och remissbehandlingen avslutades i april 2007. Beredning pågår. Riksdagen bör inte ta något initiativ, varför motionerna So336 (MP) yrkande 10, So396 (M) och So590 (V) yrkande 13 avstyrks.

Beträffande önskemål om att få äldreomsorg på det egna språket vill utskottet hänvisa till att valfritetssystemet har bidragit till att omsorgs- och vårdtagarna kan erbjudas personal som utöver svenska talar andra språk. Därtill kan konstateras att kommunerna numera, enligt 5 kap. 6 § tredje stycket SoL, är skyldiga att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor. Slutligen kan nämnas det pågående arbetet med anledning av utredningen En samlad tolktjänst (SOU 2011:83). I förslaget finns en kartläggning och en analys av hur nuvarande reglering, finansiering och tillsyn av tolktjänst till döva och dövblinda fungerar inom olika samhällsområden. Riksdagen bör inte föregripa den fortsatta beredningen. Motionerna So395 (FP) och So590 (V) yrkandena 14–16 och 18 avstyrks.

Utskottet noterar och ser positivt på att regeringen har inlett ett arbete för att stödja och stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Detta sker bl.a. genom satsningen Omvårdnadslyftet (2011–2014), för vilken Socialstyrelsen under 2011 fördelat ca 143 miljoner kronor. På det viset anges för första gången

på nationell nivå vilka kunskaper som behövs för grundläggande arbete och specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen. Utskottet noterar vidare att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag har tagit fram ett förslag till en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen. Slutligen vill utskottet påminna om de allmänna råd (SOSFS 2011:12) som publicerades i december 2011 om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Motionerna So209 (S), So259 (S), So285 (S), So336 (MP) yrkandena 3 och 6, So436 (KD) yrkande 3, So508 (S), So590 (V) yrkandena 19 i denna del, 20 och 26 samt So595 (S) yrkande 3 avstyrks.

Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Teres Lindberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 46 och

2011/12:So651 av Christina Karlsson m.fl. (S) samt

avslår motionerna

2011/12:So281 av Olle Thorell (S),

2011/12:So306 av Anna Steele (FP) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So308 av Borian Åberg (M),

2011/12:So317 av Gustav Nilsson (M),

2011/12:So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 9,

2011/12:So421 av Anne Marie Brodén (M),

2011/12:So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M),

2011/12:So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M),

2011/12:So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP),

2011/12:So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M),

2011/12:So555 av Jan Ericson (M),

2011/12:So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1, 4, 5, 8 och 12,

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkandena 1 och 4 samt

2011/12:So605 av Björn von Sydow m.fl. (S).

Ställningstagande

På 100 år har medellivslängden i Sverige ökat med över 25 år, och om 5 år kommer en femtedel av alla som bor i Sverige att vara över 65 år. Det är en utmaning att klara en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund när de äldre blir fler. Frågan om hur

vi ska finansiera välfärden i framtiden är en genuint politisk fråga. Det går att utveckla en gemensamt finansierad vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre – det handlar om politiska prioriteringar och kraft. Som äldre ska man inte behöva förlita sig på anhöriga för att få en god omsorg. När hälsan sviktar och man inte kan klara sig hemma på egen hand ska hemtjänsten, vården och omsorgen finnas där. Man bör ha i åtanke att äldre med vårdbehov inte är en enhetlig grupp, och äldreomsorgen måste därför skifta fokus från ett vårdperspektiv där samhället ganska ensidigt bestämmer förutsättningarna till ett inflytandeperspektiv där individens ökade krav på oberoende och självständighet är utgångspunkten för vården och omsorgen. Att reducera valfriheten och inflytandet till en fråga om att välja hemtjänst från en kommunal eller privat utförare är fel. Diskussionen borde i stället handla om innehållet i den vård eller omsorg som ska ges. Äldre ska ha verklig valfrihet och i högre grad än i dag kunna bestämma vad de vill ha utfört under sina hemtjänsttimmar. På sikt måste insatser inom hemtjänst och äldreboenden utvecklas så att de också rymmer det som gör livet värt att leva.

I dag domineras äldreomsorgsmarknaden av några få stora företag eftersom de mindre aktörerna, privata och kooperativa, missgynnas av hur bestämmelserna om offentlig upphandling är utformade. Om det ska vara någon mening med att kunna välja äldreomsorg är det nödvändigt att det finns flera aktörer. Utan krav på upphandling inom äldreomsorgen skulle denna kunna utvecklas på samma positiva sätt som barnomsorgen har gjort. Ett sätt att främja kooperativ inom äldreomsorgen är att ge kommunerna möjlighet att skriva avtal direkt med kooperativ från givna kvalitetsmål och priser. Vi anser att möjligheterna till kooperativa lösningar inom äldreomsorgen bör förbättras.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

2. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 9,

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 46,

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 12 och

2011/12:So651 av Christina Karlsson m.fl. (S) samt

avslår motionerna

2011/12:So281 av Olle Thorell (S),

2011/12:So306 av Anna Steele (FP) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So308 av Boriana Åberg (M),
2011/12:So317 av Gustav Nilsson (M),
2011/12:So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M),
2011/12:So421 av Anne Marie Brodén (M),
2011/12:So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M),
2011/12:So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M),
2011/12:So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP),
2011/12:So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M),
2011/12:So555 av Jan Ericson (M),
2011/12:So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M),
2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1, 4, 5 och 8,
2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkandena 1 och 4 samt
2011/12:So605 av Björn von Sydow m.fl. (S).

Ställningstagande

På 100 år har medellivslängden i Sverige ökat med över 25 år, och om 5 år kommer en femtedel av alla som bor i Sverige att vara över 65 år. Det är en utmaning att klara en vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre på lika villkor oavsett bakgrund när de äldre blir fler. Frågan om hur vi ska finansiera välfärden i framtiden är en genuint politisk fråga. Det går att utveckla en gemensamt finansierad vård och omsorg av hög kvalitet för alla äldre – det handlar om politiska prioriteringar och kraft. Som äldre ska man inte behöva förlita sig på anhöriga för att få en god omsorg. När hälsan sviktar och man inte kan klara sig hemma på egen hand ska hemtjänsten, vården och omsorgen finnas där. Man bör ha i åtanke att äldre med vårdbehov inte är en enhetlig grupp, och äldreomsorgen måste därför skifta fokus från ett vårdperspektiv där samhället ganska ensidigt bestämmer förutsättningarna till ett inflytandeperspektiv där individens ökade krav på oberoende och självständighet är utgångspunkten för vården och omsorgen. Att reducera valfriheten och inflytandet till en fråga om att välja hemtjänst från en kommunal eller privat utförare är fel. Diskussionen borde i stället handla om innehållet i den vård eller omsorg som ska ges. Äldre ska ha verklig valfrihet och i högre grad än i dag kunna bestämma vad de vill ha utfört under sina hemtjänsttimmar. På sikt måste insatser inom hemtjänst och äldreboenden utvecklas så att de också rymmer det som gör livet värt att leva.

I dag domineras äldreomsorgsmarknaden av några få stora företag eftersom de mindre aktörerna, privata och kooperativa, missgynnas av hur bestämmelserna om offentlig upphandling är utformade. Om det ska vara någon mening med att kunna välja äldreomsorg är det nödvändigt att det finns flera aktörer. Utan krav på upphandling inom äldreomsorgen skulle denna kunna utvecklas på samma positiva sätt som barnomsorgen har gjort. Ett sätt att främja kooperativ inom äldreomsorgen är att ge kommu-

nerna möjlighet att skriva avtal direkt med kooperativ från givna kvalitetsmål och priser. Jag anser att möjligheterna till kooperativa lösningar inom äldreomsorgen bör förbättras.

För gruppen yngre demenssjuka och deras närstående saknas ofta anhörigstöd, dagverksamheter och boenden anpassade utifrån deras behov. Att bli demenssjuk i yrkesverksam ålder medför en speciell och svår problematik. Kunskapen om yngre dementas situation är bristfällig, och Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att i samarbete med Svenskt demenscentrum kartlägga situationen och behoven för de unga demenssjuka. Jag anser vidare att anhöriga till en demenssjuk person bör kunna få stöd av en kurator med specialistkompetens i ett tidigt skede av sjukdomen. Det ter sig naturligt att det är kommunerna som ska erbjuda detta eftersom den sjuka i huvudsak finns inom den kommunala omsorgen.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

3. Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 1, 4, 5, 8 och 12 samt

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkandena 1 och 4 samt avslår motionerna

2011/12:So281 av Olle Thorell (S),

2011/12:So306 av Anna Steele (FP) yrkandena 1 och 2,

2011/12:So308 av Boriana Åberg (M),

2011/12:So317 av Gustav Nilsson (M),

2011/12:So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 9,

2011/12:So421 av Anne Marie Brodén (M),

2011/12:So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M),

2011/12:So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M),

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S) yrkande 46,

2011/12:So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP),

2011/12:So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M),

2011/12:So555 av Jan Ericson (M),

2011/12:So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M),

2011/12:So605 av Björn von Sydow m.fl. (S) och

2011/12:So651 av Christina Karlsson m.fl. (S).

Ställningstagande

Alla har rätt till ett gott liv med självbestämmande. Den rättigheten upphör inte när man på grund av hög ålder behöver extra stöd och omsorg för att klara vardagen. I de delar av landet där man haft möjligheten att välja utförare har det emellertid inte märkts någon större valfrihet i vardagen jämfört med den kommunala äldreomsorgen. Det blir allt vanligare med privata utförare inom äldreomsorgen. Av de kvinnor och män som har hemtjänst i Sverige får omkring 15 procent sådan i privat regi. Det innebär lite mer än en fördubbling av andelen sedan 2000. När det gäller vård- och omsorgsboenden är det genomgående en högre andel som får insatsen i privat regi och i vissa borgerligt styrda kommuner är mer eller mindre hela äldreomsorgen på väg att bli privat. Jag anser att det helt enkelt handlar om ett ideologiskt vägval när det gäller hur man ser på ägande och makt över viktiga samhällsfunktioner; om marknaden ska få styra planeringen av var och hur äldreomsorg bedrivs, eller om vi ska fatta demokratiska beslut om detta.

Jag anser att det bör göras en oberoende, objektiv utvärdering innan regeringen genom lagstiftning tvingar alla kommuner att tillämpa lagen om valfrihetssystem. Utvärderingen bör avse vilka konsekvenser marknadsanpassningen fått för dem som behöver äldreomsorg, för kvinnor respektive män och för äldre i olika socioekonomiska grupper samt om kvaliteten och effektiviteten har ökat.

I den privata hemtjänsten är det relativt vanligt att man helt saknar kollektivavtal, och privata verksamheter har mindre personalvolym än de kommunala och det i sin tur ger en sämre anställningstrygghet. I ett valfrihetssystem är man sårbar och beroende av brukarens efterfrågan, och detta leder till fler deltider och mer osäkra anställningar. Jag anser därför att en utvärdering bör göras av vad privatiseringen av äldreomsorgen har inneburit för de anställdas arbetsvillkor.

Jag anser vidare att det är direkt olämpligt att tillåta driftsformer som är anpassade till affärsverksamhet på en kommersiell marknad och vars syfte är att generera vinst till ägarna. En utredning bör tillsättas med uppgift att se över hur de offentliga skattemedlen till äldreomsorgen ska komma de äldre till del och inte betalas ut som vinst till vårdföretagens ägare. Utredningen bör dessutom se över vilka icke vinstdrivande driftsformer som kan vara lämpliga när det gäller att utföra äldreomsorg.

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2011 har studier visat att äldre, i synnerhet de med omfattande hjälpbehov, möter onödigt många i personalen. Jag anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting ta fram metoder för och kunskaper om hur kommunerna kan arbeta för att öka kontinuiteten.

För gruppen yngre demenssjuka och deras närstående saknas ofta anhörigstöd, dagverksamheter och boenden anpassade utifrån deras behov. Att bli demenssjuk i yrkesverksam ålder medför en speciell och svår problema-

tik. Kunskapen om yngre dementas situation är bristfällig, och Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att i samarbete med Svenskt demenscentrum kartlägga situationen och behoven för de unga demenssjuka.

Slutligen anser jag att när det gäller äldre hbt-personer bör man beakta att dessa kan känna sig diskriminerade i dubbel bemärkelse, dels som hbt-personer, dels som äldre. Jag anser att det är nödvändigt att äldre hbt-personer uppmärksammas inom samhällets serviceutbud samt att man som äldre har möjlighet att träffa andra hbt-personer och ta del av hbt-kultur.

Vad jag nu har anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

4. Äldrehälsovård, punkt 2 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So363 av Eva Flyborg (FP) och

bifaller delvis motion

2011/12:So498 av Christina Karlsson (S) yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

När en person går i pension och lämnar sitt arbete upphör de hälsokontroller som många företag erbjuder sina anställda. Därför bör det införas ett system för våra äldre som kunde kallas äldrevårdscentraler. Detta skulle vara ett system liknande mödra- och barnavårdscentraler och skulle ge stora hälsovinster. Om man upptäcker sjukdomar tidigt finns det större möjligheter att avhjälpa eller lindra symtomen, vilket skulle vara till nytta för både patienten och samhället genom att vårdbehovet minskar. Jag anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utfärda riktlinjer för nationell hälsovård för alla över 65 år.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

5. Psykisk ohälsa bland äldre, punkt 3 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Teres Lindberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2011/12:So280 av Désirée Liljevall (S).

Ställningstagande

Socialstyrelsen visar i rapporten "Äldres psykiska ohälsa" att äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område. Enligt rapporten saknas det en samlad strategi för att åtgärda problemet med att äldre med psykisk ohälsa i dag saknar tillgång till en god och säker vård, och orsaken till det är synen på åldrandet samt bristande samverkan.

Äldres psykiska ohälsa är ett område som befinner sig mellan psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård utan att någon tar ett samlat ansvar. Det är därför enligt Socialstyrelsen angeläget att göra en långsiktig satsning på området äldre med psykisk ohälsa. Vi delar den bedömningen.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

6. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, punkt 4 (S, MP, V)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Eva Olofsson (V) och Teres Lindberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 4 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion 2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 22.

Ställningstagande

Vi anser att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller säkerhet och kvalitet. Detta gör att tjänsten enligt vår uppfattning bör garanteras en oberoende ställning i organisationen. Det är inte alltid så i dag, utan den medicinskt ansvariga sjuksköterskan kan finnas sig under chefen för äldreomsorgen och det kan också vara så att en tjänst delas så att ena halvan är verksamhetschef och den andra halvan medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vi anser att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över det regelverk som styr den medicinskt ansvariga sköterskans arbete för att stärka hans eller hennes oberoende ställning.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

7. Boende, punkt 5 (MP)

av Agneta Luttröpp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 1, 2, 4 och 7 samt avslår motion

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 2.

Ställningstagande

Demens är något som oftast associeras med ålderdom, men det är också många yngre som drabbas av denna sjukdom. Att hitta en lämplig vård och omsorg som tillåter yngre dementa att leva ett liv som så mycket som möjligt överensstämmer med hur jämnåriga lever behöver beaktas också när sjukdomen gör att de måste flytta till ett särskilt boende. Detta löses bäst genom att man låter yngre dementa få bo tillsammans på ett och samma boende med personal utbildad för just dessa vårdtagare. Kommunerna bör få i uppdrag att bättre tillgodose de yngre dementas behov av kategoriboende. Det är också önskvärt att kommunerna inrättar små avdelningar med 4–6 personer och att personaltätheten är god när det gäller personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Kommunerna bör uppmanas att i den mån det är möjligt inrätta boenden för olika kategorier av dementa. Dessutom bör det finnas ”övergångslägenheter” som den sjuke kan flytta in i tillsammans med sin familj på en plats där det också finns tillsyn av personal. Hur ett sådant boende skulle utformas bör studeras vidare.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

8. Boende, punkt 5 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 1 och

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 2 och avslår motion

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 2, 4 och 7.

Ställningstagande

Demens är något som oftast associeras med ålderdom, men det är också många yngre som drabbas av denna sjukdom. Att hitta en lämplig vård och omsorg som tillåter yngre dementa att leva ett liv som så mycket som möjligt överensstämmer med hur jämnåriga lever behöver beaktas också när sjukdomen gör att de måste flytta till ett särskilt boende. Detta löses bäst genom att man låter yngre dementa få bo tillsammans på ett och samma boende med personal utbildad för just dessa vårdtagare. Kommunerna bör få i uppdrag att bättre tillgodose de yngre dementas behov av kategoriboende.

Jag anser vidare att äldre människor som bor på olika typer av äldreboenden måste behandlas med respekt för sin sexuella läggning av medmänniskor och vårdpersonal. Det optimala för äldre homo- och bisexuella som är i behov av äldreboende som servicehus, sjukhem och liknande vore om det erbjöds särskilt kollektivboende för homo- och bisexuella för dem som så önskar.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

9. Bemanningen i demensboenden, punkt 6 (MP)

av Agneta Luttropp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 5 och

avslår motion

2011/12:So633 av Carina Herrstedt (SD).

Ställningstagande

När det gäller dementa personer i särskilt boende anser jag att personalbemanningen bör utgå från de boendes specifika situation och inte efter antal personer med demenssjukdomar. Det kan behövas tydligare riktlinjer från central nivå för att detta ska få genomslag i den kommunala verksamheten.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

10. Bemanningen i demensboenden, punkt 6 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So633 av Carina Herrstedt (SD) och

avslår motion

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 5.

Ställningstagande

Demensförbundet anser att det på ett boende med åtta demenssjuka behövs minst tre vårdare på dagtid och kvällstid och minst en på natten. Det finns dock tillfällen då det kommer att behövas mer personal, men under denna minimibemanning får man aldrig vara. Som det ser ut nu anser jag att införandet av krav på minimibemanning inte skulle innebära ett ”tak” utan en ökning av personalen på de flesta boendena. För att de demenssjuka ska få en god omvårdnad krävs att minimibemanning införs och att krav införs på att personalen är utbildad i demenssjukdomar.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

11. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Teres Lindberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S),

bifaller delvis motion

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S) och

avslår motionerna

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S),

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S) och

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 7.

Ställningstagande

Omsorgstagare går tillsammans med hemtjänsten igenom vad de behöver ha hjälp med. Många äldre har svårt att själva klara sin munhygien och tandvård, men vid genomgången med hemtjänsten saknas väldigt ofta just den biten av den personliga vården.

Det gör att mun- och tandvården har blivit mycket eftersatt. I dag har fler äldre än tidigare kvar sina egna tänder. Dålig munhygien leder inte bara till problem med tänderna utan kan också vara en bidragande orsak till andra sjukdomar. Munnen är en del av kroppen, och den behöver vara med i den lista över hjälp som hemtjänsten kan stå till tjänst med.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

12. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (MP)

av Agneta Luttropp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 7 och

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S),

bifaller delvis motion

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S) och

avslår motionerna

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S) och

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S).

Ställningstagande

Den maxtaxa för månadsavgiften för hemtjänst som riksdagen har beslutat om är för närvarande 1 712 kronor, och som skydd för äldre med låga inkomster finns bestämmelser om ett förbehållsbelopp om 4 832 kronor. Kommunerna bestämmer i övrigt själva hur de vill ha sina avgiftssystem. De flesta tillämpar timtaxa för dem som inte kommer upp till maxtaxan. När kommunen sätter timtaxan högre än kostnaden för avdragsgilla hushållsnära tjänster försvinner insatser till äldre från en rättighetslagstiftning till privata servicetjänster och flera kommuner har höjt timavgifterna. Jag anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna av de avgifter och hyror som i dag finns i äldreomsorgen.

Omsorgstagare går tillsammans med hemtjänsten igenom vad de behöver ha hjälp med. Många äldre har svårt att själva klara sin munhygien och tandvård, men vid genomgången med hemtjänsten saknas väldigt ofta just den biten av den personliga vården.

Det gör att mun- och tandvården har blivit mycket eftersatt. I dag har fler äldre än tidigare kvar sina egna tänder. Dålig munhygien leder inte bara till problem med tänderna utan kan också vara en bidragande orsak till andra sjukdomar. Munnen är en del av kroppen, och den behöver vara med i den lista över hjälp som hemtjänsten kan stå till tjänst med.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

13. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S) och

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S) samt avslår motionerna

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 7 och

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S).

Ställningstagande

Maxtaxan i äldreomsorgen har inneburit att många kommuner tar ut höga avgifter för matabonnemang och nu kallar den tidigare biståndsbedömda insatsen ”matdistribution” för ”servicetjänst” i kundvalsmodellen. Detta innebär att den inte räknas som underlag för det förhöjda förbehållsbeloppet som tidigare och som är fallet i särskilda boenden. En konsekvens av att avgifter tas ut för mat i särskilda och ordinära boenden är att låginkomsttagare hamnar på ett negativt avgiftsutrymme när man beräknar avgifter inom äldreomsorgen. De kommer inte att behöva betala avgift för vården men kommer att ha mindre pengar över för personliga behov. Jag anser att riksdagen bör ge regeringen i uppdrag att se över möjligheten att låta kostnader för mat inom äldreomsorgen ingå i maxtaxan.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

14. Kostnader för den enskilde, punkt 7 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 7 och avslår motionerna

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S),

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S),

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S) och

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S).

Ställningstagande

Den maxtaxa för månadsavgiften för hemtjänst som riksdagen har beslutat om är för närvarande 1 712 kronor, och som skydd för äldre med låga inkomster finns bestämmelser om ett förbehållsbelopp om 4 832 kronor. Kommunerna bestämmer i övrigt själva hur de vill ha sina avgiftssystem. De flesta tillämpar timtaxa för dem som inte kommer upp till maxtaxan. När kommunen sätter timtaxan högre än kostnaden för avdragsgilla hushållsnära tjänster försvinner insatser till äldre från en rättighetslagstiftning till privata servicetjänster och flera kommuner har höjt timavgifterna. Jag anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna av de avgifter och hyror som i dag finns i äldreomsorgen.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

15. Rättssäkerhet, punkt 8 (MP, V)

av Agneta Luttröpp (MP) och Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkande 10,

2011/12:So396 av Saila Quicklund och Eva Lohman (båda M) och

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 13.

Ställningstagande

Det finns i dag inte något stöd i lag för att se till att demenssjuka med en allvarlig kognitiv störning får rätt vård när de inte längre kan fatta egna beslut. De har inte ens lagskydd när sjukdomen gör att de riskerar både sin egen och andras hälsa och säkerhet. Anhöriga kan inte överklaga metoder som är kränkande eller skadliga, och personalen har inte något stöd i sitt arbete i fråga om vad de får och inte får göra. Vi anser dessutom att det bör finnas laglig rätt för hemtjänstpersonal att få göra så självklara saker som att slänga för gammal mat ur en äldres kylskåp även om den äldre vill ha maten kvar med syftet att skydda den äldre mot sin egen oförmåga att handla rätt. Vi vet att en utredning om regler och skydd för personer med demenssjukdom (2006:110) presenterades under 2006 och att den fortfarande bereds i Regeringskansliet. Detta område kan inte lämnas oreglerat, och vi välkomnar lagstiftning på området. Regeringen bör skyndsamt bereda frågan om hur demenssjukas rättssäkerhet ska garanteras och återkomma med förslag.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

16. Äldreomsorg på det egna språket, punkt 9 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 9 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 14–16 och 18 samt bifaller delvis motion

2011/12:So395 av Nina Lundström (FP).

Ställningstagande

Forskning visar att när man blir äldre finns det stor risk att man förlorar kunskaperna i det sist inlärd språket. För äldre invandrade och för invandrare som kommit sent i livet till Sverige är det därför mycket viktigt att kunna få omsorg på det egna modersmålet. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg på det egna språket för personer med ett annat modersmål än svenska.

De nationella minoriteterna har en särställning när det gäller rättigheter i fråga om att ta del av det allmännas service på det egna språket. Socialstyrelsen bör ges ett särskilt uppdrag att utveckla tillsynen i fråga om tillgången till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk samt ett uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk i hela landet.

Slutligen anser jag att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utförda riktlinjer för att ge alla inom gruppen döva och dövblinda rätt till äldreomsorg på teckenspråk.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

17. Kunskap och kompetens, punkt 10 (S)

av Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Teres Lindberg (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So209 av Hans Hoff (S),

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S),

2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S) och
2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 3,
bifaller delvis motion
2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 20 och
avslår motionerna
2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S),
2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 3 och 6,
2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD)
yrkande 3 och
2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 19 i denna del och 26.

Ställningstagande

Alla människor ska kunna åldras i trygg förvisning om att det finns tillgång till vård och omsorg av hög kvalitet ända fram till livets slut. Det måste därför finnas tillräckligt med resurser inom vård och omsorg för äldre. Vi anser att det behövs en översyn av hur man arbetar för att höja statusen för yrket att arbeta med vård av och omsorg om äldre. Äldreomsorgen ska vara en bra och modern arbetsplats så att den attraherar en ny generations medarbetare, som med rätt utbildning och kvalifikationer ska kunna ta hand om de äldre på bästa sätt. Eftersom det krävs god kompetens för att hålla en god kvalitet är det också viktigt att se över möjligheterna att genomföra kompetenshöjningar hos personalen inom vård av och omsorg om äldre.

Inom vård och omsorg gäller heteronormen, och hbt-personer osynliggörs. Det är därför viktigt att personalen inom äldreomsorgen är tillräckligt lyhörd och uppmärksam. Vi anser att personalen inom äldreomsorgen behöver öka sin kunskap om hbt-personers behov.

Vad vi nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

18. Kunskap och kompetens, punkt 10 (MP)

av Agneta Luttropp (MP).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S),
2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 3 och 6 samt
2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 3,
bifaller delvis motion
2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkande 20 och
avslår motionerna
2011/12:So209 av Hans Hoff (S),

2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S),
 2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD)
 yrkande 3,
 2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S) och
 2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 19 i denna del och 26.

Ställningstagande

Det är i synnerhet viktigt att demenssjuka får tillgång till läkarkompetens i form av geriatriker. Men det behövs också en satsning på utbildningsinsatser för personal inte bara när det gäller bemötande utan även i fråga om kunskaper om anatomi, fysiologi och farmakologi.

När det gäller äldreomsorgen i stort krävs det god kompetens; för att hålla en god kvalitet är det också viktigt att här se över möjligheterna att genomföra kompetenshöjningar hos personalen inom vård av och omsorg om äldre.

Inom vård och omsorg gäller heteronormen, och hbt-personer osynliggörs. Det är därför viktigt att personalen inom äldreomsorgen är tillräckligt lyhörd och uppmärksam. Öppet homosexuella ska bemötas med respekt, men personalen måste även vara lyhörd mot dem som inte är öppna med sin sexuella läggning. Personalen inom äldreomsorgen behöver öka sin kunskap om hbt-personers behov.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

19. Kunskap och kompetens, punkt 10 (SD)

av Per Ramhorn (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motion

2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD)
 yrkande 3 och
 avslår motionerna

2011/12:So209 av Hans Hoff (S),

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S),

2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 3 och 6,

2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S),

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 19 i denna del, 20 och 26 samt

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 3.

Ställningstagande

De uppdaterade riktlinjerna från Socialstyrelsen om vård i livets slutskede, sedermera, har tagits väl emot. Kanske beror det på att de tydliggör gränslinjerna och säger nej till aktiv dödshjälp. Det är viktigt att samhället erbjuder en väl fungerande palliativ vård för den som befinner sig i livets slutskede, och jag anser att bl.a. äldreboenden bör ha tillgång till palliativ kompetens.

Vad jag nu anför bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

20. Kunskap och kompetens, punkt 10 (V)

av Eva Olofsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförts i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V) yrkandena 19 i denna del, 20 och 26 samt

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S) yrkande 3 och avslår motionerna

2011/12:So209 av Hans Hoff (S),

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S),

2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S),

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP) yrkandena 3 och 6,

2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD) yrkande 3 och

2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S).

Ställningstagande

Inom vård och omsorg gäller heteronormen, och hbt-personer osynliggörs. Det är därför viktigt att personalen inom äldreomsorgen är tillräckligt lyhörd och uppmärksam. Öppet homosexuella ska bemötas med respekt, men personalen måste även vara lyhörd mot dem som inte är öppna med sin sexuella läggning. Personalen inom äldreomsorgen behöver öka sin kunskap om hbt-personers behov. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att kartlägga äldre hbt-personers situation i mötet med bl.a. äldreomsorgen. Vidare bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att utarbeta ett utbildningsmaterial för personalen inom äldreomsorgen när det gäller hbt-frågor samt tillsammans med SKL sprida kunskaper om goda exempel i kommuner och landsting. Slutligen anser jag att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med SKL ta fram och sprida befintlig kunskap om mäns våld mot äldre kvinnor samt att ta fram ett utbildningsmaterial för personalen i äldreomsorgen.

Vad jag nu anfört bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Särskilt yttrande

Äldrepolitikens inriktning, punkt 1 (S)

Lena Hallengren (S), Christer Engelhardt (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S) och Teres Lindberg (S) anför:

Vi anser att det är viktigt att äldrepolitiken inte blir liktydig med äldreomsorgspolitik och att äldrepolitik inte heller blir det enda område där frågor kring äldre behandlas. Vidare anser vi att det är viktigt att äldre hbt-personer uppmärksammas inom samhällets serviceutbud och att äldre hbt-personer inte diskrimineras. Det är enligt vår uppfattning mycket viktigt att attitydfrågorna beaktas på alla dessa områden. Vi är dock inte beredda att ställa oss bakom yrkandena om tillkännagivanden vare sig när det gäller behovet av en parlamentarisk utredning inom äldrepolitiken eller när det gäller äldre hbt-personers situation. Vi avser emellertid att följa utvecklingen på dessa områden och förbehåller oss rätten att återkomma.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2011

2011/12:So209 av Hans Hoff (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av att utveckla äldreomsorgen.

2011/12:So245 av Hillevi Larsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att mat ska ingå i äldreomsorgens maxtaxa.

2011/12:So259 av Shadiye Heydari (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheterna att genomföra kompetenshöjningar hos personalen inom vård och omsorg.

2011/12:So280 av Désirée Liljevall (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om äldres psykiska ohälsa.

2011/12:So281 av Olle Thorell (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om biståndsbedömningar för äldre.

2011/12:So285 av Hannah Bergstedt (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om rätten till ett fungerande sexualliv som äldre.

2011/12:So306 av Anna Steele (FP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att tvingande nationella föreskrifter för avtals-skrivning vid upphandling av äldreomsorg ska anges av Socialstyrelsen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att etablera en funktion för kvalitetsutveckling inom Socialstyrelsen.

2011/12:So308 av Boriana Åberg (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av möjligheten att införa ett obligatoriskt införande av lagen om valfrihetssystem (LOV).

2011/12:So317 av Gustav Nilsson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att lägga fram förslag till förändrad lagstiftning så att alla kommuner inför valfrihetssystem inom äldreomsorg.

2011/12:So324 av Johnny Munkhammar och Johan Hultberg (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av lämpligheten med en offentlig äldrepeng.

2011/12:So336 av Bodil Ceballos m.fl. (MP):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna bättre kan tillgodose de yngre dementas behov av kategoriboende.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna kan inrätta mindre avdelningar för personer med demens, i synnerhet för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag på hur kommunerna ska få tillgång till läkarkompetens i form av geriatriker knutna till enheterna.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppmana kommunerna att i den mån det är möjligt inrätta kategoriboende för också andra grupper dementa.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att kommunerna bör anpassa personalbemanningen utifrån de boendes sjukdomsbild i stället för utifrån antal boende.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en satsning på utbildning av personal i fråga om både bemötande och anatomi, fysiologi och farmakologi.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda hur en satsning på "övergångslägenheter" för dementa i enlighet med motionen skulle kunna utformas.

9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppmuntra kommunerna att utarbeta rutiner för att ge anhöriga erbjudande om stöd av kurator i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ge hemtjänstpersonal laglig rätt att ingripa i vissa fall då den sjuka behöver skyddas mot sin egen oförmåga att handla.

2011/12:So347 av Kerstin Nilsson och Kerstin Engle (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över möjligheten att låta kostnader för mat inom äldreomsorgen ingå i maxtaxan.

2011/12:So363 av Eva Flyborg (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av nationella riktlinjer för nationell hälsovård för alla över 65 år.

2011/12:So395 av Nina Lundström (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utreda möjligheten att stärka rätten till vård och omsorg på finska utifrån tillgång till språkkunnig personal.

2011/12:So396 av Saila Quicklund och Eva Lohman (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av lagstiftning om demensvård.

2011/12:So421 av Anne Marie Brodén (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att utveckla Skapande äldreomsorg.

2011/12:So436 av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (båda KD):

3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla äldreboenden ska ha tillgång till palliativ kompetens.

2011/12:So451 av Betty Malmberg och Ann-Charlotte Hammar Johnsson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en översyn av valfriheten för äldre.

2011/12:So456 av Lars Hjalmered och Olof Lavesson (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att införa valfrihet inom äldreomsorgen.

2011/12:So498 av Christina Karlsson (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en nationell äldrehälsovård.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om inrättandet av äldreomsorgscentraler.

2011/12:So508 av Roza Güclü Hedin och Carin Runeson (båda S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om den framtida arbetskraften inom äldreomsorgen.

2011/12:So521 av Lena Hallengren m.fl. (S):

46. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om äldrepolitikens inriktning.

2011/12:So525 av Emma Carlsson Löfdahl (FP):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om lag om att införa LOV i alla kommuner.

2011/12:So531 av Christian Holm och Jessica Polfjärd (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en översyn bör göras för att förbättra samordningen av äldreomsorgen.

2011/12:So555 av Jan Ericson (M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att överväga att göra lagen om valfrihet (LOV) obligatorisk i samtliga av landets kommuner.

2011/12:So560 av Johan Johansson och Ann-Britt Åsebol (båda M):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att göra lagen om valfrihet obligatorisk för landets samtliga kommuner.

2011/12:So563 av Hillevi Larsson (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att förbättra pensionärernas villkor.

2011/12:So590 av Lars Ohly m.fl. (V):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en oberoende utvärdering bör göras av vilka konsekvenser marknadsanpassningen har fått för dem som behöver äldreomsorg, för kvinnor respektive män, för äldre i olika socioekonomiska grupper samt om kvaliteten och effektiviteten har ökat.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utvärdering bör göras av vad privatiseringen av äldreomsorgen har inneburit för de anställdas arbetsvillkor.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas för att dels se över hur skattemedlen ska stanna inom äldreomsorgen, dels vilka icke vinstdrivande driftsformer som kan vara lämpliga för äldreomsorgen.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna av de avgifter och hyror som i dag finns i äldreomsorgen.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med SKL ta fram metoder och kunskaper för hur kommunerna kan arbeta för att öka kontinuiteten.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samarbete med Svenskt demenscentrum kartlägga situationen och behoven för de unga demenssjuka.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att regeringen skyndsamt bör bereda frågan om hur demenssjukas rättssäkerhet ska garanteras och återkomma med förslag.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg för personer med annat modersmål än svenska.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges ett särskilt uppdrag att utveckla tillsynen när det gäller tillgången till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk.
16. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram en nationell strategi för att se till att det finns möjlighet till äldreomsorg på nationella minoritetsspråk i hela landet.

18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppdra åt Socialstyrelsen att utfärda riktlinjer för att ge alla inom gruppen döva och dövblinda rätt till äldreomsorg på teckenspråk.
19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kartlägga de äldre hbt-personernas situation i mötet med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.
Del av yrkandet avseende hbt-personernas situation i möten med äldreomsorgen
20. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta ett utbildningsmaterial för personalen inom äldreomsorgen när det gäller hbt-frågor samt tillsammans med SKL sprida kunskaper om goda exempel ute i kommuner och landsting.
22. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att en utredning bör tillsättas som ser över lagen som styr MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) arbete, för att stärka MAS oberoende ställning.
26. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med SKL ta fram och sprida befintlig kunskap om mäns våld mot äldre kvinnor samt att ta fram ett utbildningsmaterial för personalen i äldreomsorgen.

2011/12:So595 av Börje Vestlund m.fl. (S):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om nödvändigheten av att äldre homo- och bisexuella samt transpersoner uppmärksammas inom samhällets serviceutbud.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om hbt-personer och äldreboenden.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att äldreomsorgen måste öka sin kunskap om homo- och bisexuellas samt transpersoners behov.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om diskriminering av äldre hbt-personer.

2011/12:So605 av Björn von Sydow m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en parlamentarisk utredning inom äldrepolitiken i de delar som motionen berör.

2011/12:So630 av Björn von Sydow m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att mun- och tandvård ska finnas med på biståndslistan över vad man kan få hjälp med via hemtjänsten.

2011/12:So633 av Carina Herrstedt (SD):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att lagstifta om en minimibemanning av utbildad personal på demensboenden.

2011/12:So651 av Christina Karlsson m.fl. (S):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om förbättrade möjligheter för kooperativa lösningar inom äldreomsorgen.

BILAGA 2

Socialutskottets offentliga utfrågning Kvaliteten i äldreomsorgen?

Torsdagen den 15 december 2011 kl. 9.00–12.00

Inbjudna föreläsare:

Forskare

Mats Thorslund, professor i socialgerontologi vid Karolinska Institutet

Marta Szebehely, professor i socialt arbete med inriktning mot omsorg vid Stockholms universitet

Yngve Gustafson, professor i geriatrik vid Umeå universitet

Socialstyrelsen

Lars-Erik Holm, generaldirektör

Per-Anders Sunesson, avdelningschef

Gert Alaby, utredare

Birgitta Resenius, jurist

Sveriges Kommuner och Landsting

Staffan Werme, ordförande i beredningen för primärvård och äldreomsorg

Sabina Wikgren Orstam, sektionschef

Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte, Famna

Lars Pettersson, generalsekreterare

Elisabet Wennlund, sjukhusdirektör

Thomas Schneider, kvalitetsansvarig

Vårdföretagarna

Inga-Kari Fryklund, förbundsdirektör

Göran Fredriksson, styrelseordförande

Siv Nordqvist, styrelseledamot

Demensförbundet

Stina-Clara Hjulström, förbundsordförande

Jannis Avramidis, upphandlingsexpert

Monika Titor, förbundssekreterare

Pensionärernas Riksorganisation, PRO

Curt Persson, ordförande

Björn Lindh, förbundssekreterare och kanslichef

Guy Lööf, intressepolitisk ombudsman

Ylva Bergman, fotograf, tidningen Veteranen

Sveriges Pensionärsförbund, SPF

Karl Erik Olsson, ordförande

Svenska Kommunalarbetareförbundet

Annelie Nordström, ordförande

Ulrika Lorentzi, utredare

Ann Georgsson, ombudsman

Ulrika Fryxskog, talskrivare

Vårdförbundet

Eva-Lisa Krabbe, förbundssekreterare

Cecilia Sandahl, presschef

Svenskt demenscentrum

Wilhelmina Hoffman, föreståndare

Gunilla Nordberg, forskning & utveckling

Inbjudna att svara på frågor:**Socialdepartementet**

Henrik Kjellberg, politiskt sakkunnig

Malin Ekman Aldén, kansliråd

Karin Hellqvist, kansliråd

Gert Knutsson, ämnesråd

Maria Nilsson, departementssekreterare

Eva Nilsson Bågenholm, äldresamordnare

Inbjudna åhörare:

Riksförbundet Pensionärsgemenskap, RPG

Anders Engström, förbundssekreterare

Svenska KommunalPensionärernas Förbund, SKPF

Sam Sandberg, förbundsordförande

Fredrik Jahn, utredare

Filip Olma, kanslichef

Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF

(Deltog ej)

Från socialutskottet deltog

Kenneth Johansson (C), ordförande

Lena Hallengren (S), vice ordförande

Mats Gerdau (M)

Margareta B. Kjellin (M)

Christer Engelhardt (S)

Helena Bouveng (M)

Ann Arleklo (S)

Isabella Jernbeck (M)

Lennart Axelsson (S)

Barbro Westerholm (FP)

Catharina Bråkenhielm (S)

Gunnar Sandberg (S)

Anders W. Jonsson (C)

Agneta Luttröpp (MP)

Anders Andersson (KD)

Per Ramhorn (SD)

Eva Olofsson (V)

Henrik Ripa (M)

Teres Lindberg (S)

Metin Ataseven (M)

Maria Lundqvist-Brömster (FP)

Shadiye Heydari (S)

Rickard Nordin (C)

Roland Utbult (KD)

Ola Johansson (C)

Ordföranden: Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i riksdagens socialutskott. Jag vill hälsa er varmt välkomna till socialutskottets offentliga utfrågning på temat kvaliteten i äldreomsorgen.

Jag säger välkommen till alla medverkande, åhörare, representanter för medier, utskottets ledamöter och till tv-tittare och er som följer utfrågningen här i riksdagens förstakammarsal.

Alla äldre ska kunna känna trygghet i att vården och omsorgen fungerar och håller god kvalitet. Under hösten har äldreomsorgen varit särskilt i fokus och uppmärksammat i medier och i debatt. Många ställer sig frågan: Stämmer mediebilden? Hur fungerar det i verkligheten? Hur ser våra egna erfarenheter ut? Känner vi trygghet för mor och far, för make och maka? Känner vi trygghet inför vår egen ålderdom? Vilken kunskap har vi om detta? Vad är på gång för att kvalitetssäkra vården och omsorgen om våra äldre? Ja, frågorna är många.

Vi i socialutskottet har en viktig uppgift i att följa upp olika verksamheter och ta initiativ när så behövs. Utfrågningen i dag har just syftet att vi tillsammans ska öka våra kunskaper inför att vi ska behandla motioner i riksdagen, inför att vi ska behandla olika förslag som ligger på riksdagens bord eller väntas komma hit.

Vi är glada att det är en så bred kunskap och erfarenhet som vi har fått till oss. Det är med stort intresse som vi ska följa era olika redovisningar. I slutet av förmiddagen kommer också socialutskottets ledamöter att ha möjligheter att ställa frågor till er som medverkar. Åter varmt välkomna!

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen (bilder, se s. 106–119): Tack så mycket, herr ordförande! God morgon mina damer och herrar! Från Socialstyrelsen är vi väldigt glada över att vi får vara här när de här frågorna diskuteras. Äldrefrågan är en av de högst prioriterade frågorna i Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har aldrig under sin moderna historia haft så många regeringsuppdrag som nu i syfte att förbättra kvaliteten på vården och omsorgen av de gamla. Därför är det här väldigt passande.

I veckan publicerades öppna jämförelser om de äldre, ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen. Vi har också publicerat resultaten efter att ha ställt frågor till 83 000 äldre med hemtjänst och 57 000 som bor i äldreboenden. Där tycker jag att debatten blev lite skev i går, då man började diskutera metodfrågor i stället för att säga: Är det inte fantastiskt att vi sedan tre år tillbaka faktiskt intresserar oss för vad de gamla tycker om sin egen äldreomsorg? Det är det som bör vara i fokus, tycker jag. Jag

tänker tala lite grann om tillsynens erfarenheter, om en del av de kommunala oacceptabla skillnader som vi ser och en del om vad Socialstyrelsen tänker göra på föreskriftsområdet för att försöka komma till rätta med en del av problemen.

Tillsynen av de äldre görs integrerat med både hälso- och sjukvård och socialtjänst på Socialstyrelsen sedan 2010. Det här är några av våra iakttagelser. Jag kanske har generaliserat. Det står att verksamheterna inte lever upp till målen i SoL. Jag kanske ska säga att de ofta inte gör det, därför att det finns också väldigt många goda exempel på att det fungerar bra. Men nu gör jag ett slags generalisering för att tydliggöra vad som är problemen.

Vi kan se att den äldres rätt till inflytande och den enskildes särskilda behov inte tillgodoses på det sätt som krävs enligt socialtjänstlagen. Det är ofta personalens schema och bemanningen som styr när eller om den äldre får hjälp. Och sociala aktiviteter, som är en viktig del för livskvaliteten hos de gamla, ses ofta inte som beslutade insatser som ska verkställas.

För att man ska få en bra kvalitet i äldreomsorgen tycker Socialstyrelsen att man måste ha ett ändrat synsätt i många verksamheter när det gäller äldres rätt till självbestämmande och en meningsfull tillvaro. God kvalitet – låt oss ta ett exempel. I stället för att få duscha spolas många gamla av i dag. Det går snabbare och är effektivt; man kan spola av en gammal person på tio minuter. Men det står i strid med kvaliteten i socialtjänstlagen som säger att man ska hjälpa individen till möjligheten att leva ett självständigt liv. För många är möjligheten att få hjälp med att duscha själv mycket viktig, men det kanske tar 35–40 minuter. Där har vi ett exempel på hur man faktiskt kan uppnå målet på olika sätt utifrån olika perspektiv men egentligen inte följer lagens intentioner.

Vi har också tidigare gjort oanmälda inspektioner nattetid på 100 demensboenden i landet och konstaterar att i 6 av 10 boenden lämnas de äldre inlåsta utan tillsyn under kortare eller längre tid, vilket också är i strid med lagen.

När det gäller genomförandeplaner är det en stor del som inte har utformats med utgångspunkt i biståndsbeslut. Och biståndsbeslut saknas ofta. Biståndshandläggare fattar i stället ofta rambeslut om ett särskilt boende utan att precisera vilka insatser som ska beviljas. Då är det i stället utföraren som bedömer och beslutar vilka insatser som ska göras och vilka insatser den enskilde ska få. Det är något som den enskilde inte kan överklaga. Ett biståndsbeslut kan man överklaga, men det här går inte att överklaga. Framför allt är det väldigt otydligt och osäkert för den enskilde vilken rätt man har att få det man behöver.

Den äldres behov av sociala aktiviteter riskerar ofta att inte komma med i genomförandeplanen, utan det beror på om det finns tillräckligt med personal som kan tillgodose behovet eller om det är andra förutsättningar i verksamheten som är uppfyllda.

Vi har under året tittat på 166 lex Maria-anmälningar och 37 lex Sarah-anmälningar på särskilda boenden. Vi har inte gjort någon systematisk analys, men vår bedömning är ändå att det där inte finns någon skillnad mellan enskilda och kommunala utförare. Vi har fått ett uppdrag att mer i detalj titta på om det kan finnas skillnader mellan dessa. Det är en viktig fråga att besvara.

Inom ramen för projektet *Mest sjuka äldre*, som Socialdepartementet har initierat och där SKL och Socialstyrelsen är två viktiga aktörer, är vi överens om att de viktigaste problemen för de mest sjuka äldre, det vill säga de som kräver omfattande socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård, är en bristfällig läkemedelshantering och samordningsproblemen mellan olika utförare och olika nämnder. Primärvården tar inte tillräckligt ansvar, ofta beroende på ett alltför otydligt uppdrag. Och det finns kompetensbrister och kvalitetsbrister.

Jag ska visa några bilder från de öppna jämförelserna 2011 som visar på generellt väldigt stora skillnader mellan kommunernas resultat, skillnader som jag tycker är helt oacceptabla. Man kan alltid argumentera att vissa skillnader är okej eftersom det alltid är någon som går före. Men som ni kommer att se här kan man fråga sig var man ska lägga nivån för vad som är acceptabelt. Samtidigt är det ingen kommun som är dålig på alla indikatorer eller riktigt bra på alla indikatorer. I de öppna jämförelserna finns en bilaga där man kan gå in och titta på parametrar kommun för kommun. Jag ska bara visa några stickprov för att ni ska få en känsla av hur det ser ut i Sverige 2011.

Slutenvård som hade kunnat undvikas i den här gruppen – varje stapel visar en kommun – om den hade hanterats i primärvården på ett professionellare sätt varierar från ca 3 procent till 14 procent. Vad är acceptabel skillnad i detta?

Andelen avlidna eller återinskrivna 30 dagar efter att de har fått slutenvård för hjärtvikt skiljer mellan 0 och 50 procent. Vad är acceptabel skillnad här? Är det ett genomsnitt? Jag vet inte, men man kan ändå konstatera att det måste vara något fel på ansvarstagandet i vissa kommuner om det ser ut så här.

Vad gör då de lyckosamma kommunerna i de enskilda parametrarna som har kommit så långt? När det gäller dem som har återinskrivits eller avlidit 90 dagar efter stroke ser vi också en väldigt stor skillnad, från ca 15 procent till 72–73 procent. Vill vi ha det så här?

Läkemedel som bör undvikas, om inte särskilda skäl finns, därför att de är så förenade med allvarliga biverkningar som försämrar livskvaliteten ligger på 8 procent eller 26 procent beroende på vilken kommun man råkar leva i.

Tre psykofarmaka eller mer – man säger att den här gruppen av människor inte ska ha psykofarmaka om det går att undvika. Framför allt ska man inte ha flera psykofarmaka därför att det ökar risken för allvarliga biverkningar. Här ser vi också en stor skillnad, från ca 2 procent upp till 16 procent.

Jag tänker inte kommentera mer än så här. Det finns bra information om detta i de öppna jämförelserna.

På frågan om de äldres nöjdhet på särskilda boenden med hur personalen tar hänsyn till ens åsikter och önskemål om hjälp är svaret här mycket nöjd, så det är någon som verkligen tycker att det är riktigt bra. Men det är ändå en skillnad mellan ca 25 procent och 85 procent. Man kan då fråga sig vad det är som vi kan lära oss av de framgångsrika kommunerna längst till höger på bilden.

Andelen som svarade att det känns mycket tryggt att bo i ett äldreboende var i vissa kommuner bara hälften och i andra kommuner nästan alla.

Just genom att göra de öppna jämförelserna kan man stimulera till en kvalitetsutveckling och benchmarking mellan kommunerna, att lära sig av varandra hur det ska göras.

Andelen som är mycket nöjd med möjligheten att göra sådant som man trivs med, det vill säga sådant som är viktigt enligt socialtjänstlagen för att stärka möjligheten att leva ett självständigt liv, är 11–12 procent eller 75–76 procent beroende på vilken kommun man befinner sig i. Möjligheten att få en pratstund med personalen varierar på samma sätt.

Maten är en av de få viktiga saker man har kvar när man har förlorat så många andra kvaliteter i livet på ett äldreboende. I vissa kommuner är det bara 15 procent som är mycket nöjda med det enda glädjeämne som finns kvar i livet medan det i andra kommuner är 80 procent. Varför har vi sådana skillnader? Hur länge ska vi acceptera sådana skillnader?

Munhygien är en viktig fråga eftersom munhygien inte bara påverkar livskvaliteten utan också hälsan i allmänhet. Den är också en indikator på hur omvårdnaden ser ut. Där är nöjdheten 25 eller 85 procent beroende på var man bor.

För att förebygga att folk ramlar och bryter ben och armar är riskbedömningen väldigt viktig. Men i vissa kommuner bryr man sig inte om detta medan man i andra kommuner gör det för nästan alla boende.

Vi vet att undernäring är ett stort problem hos våra gamla. Vissa kommuner bryr sig inte medan andra kommuner gör riskbedömningar för alla sina äldre.

Den sista bilden visar andelen avlidna som smärtskattats sista levnadsveckan. En förskräckligt stor andel bryr sig inte om att göra det medan vissa kommuner gör det i väldigt hög grad.

Man kan alltid hitta metodologiska brister i sådana här undersökningar. Men vad jag har velat visa med de här bilderna är den alltför stora skillnaden mellan kommunerna, som tyder på att många nämnder inte tar det

ansvar som de har enligt socialtjänstlagen att bevaka de enskildas behov, för gjorde de det skulle det inte se ut på det här sättet, enligt de register vi har.

Den här bilden visar särskilt anpassat demensboende för max tio personer, där det skiljer sig från 0 till 72 procent.

Mycket av fokus i samtalen och diskussionerna i dag handlar om nämndens avtal med olika utförare, vinster och annat och om vilken kvalitet som upphandlas från den nämnd som har ansvaret för personer med demenssjukdom. Jag tycker att man måste flytta fokus från detta till vilket ansvar nämnden har för att säkerställa att varje enskild gammal persons behov tillgodoses enligt socialtjänstlagens olika kapitel och paragrafer. Det är det som är det viktigaste. De beslut som nämnden fattar i varje enskilt fall måste följas upp. I dag följs de sällan upp på individnivå av nämnderna. Därför har nämnderna ingen kunskap om hur det faktiskt ser ut. Låt oss därför i stället diskutera hur vi får kommunernas nämnder att ta detta ansvar för sina medborgare på det sätt som lagen kräver. Det är det som Socialstyrelsen vill göra i sina föreskrifter, som jag kommer tillbaka till.

Vi håller nu på att ta fram ett förslag till föreskrifter och allmänna råd om bemanning i särskilda boenden för demenssjuka. Vi diskuterar för närvarande om inte föreskrifterna borde omfatta alla särskilda boenden, för i dag är alla boende på särskilda boenden rejält sjuka, vare sig det är demens eller något annat. Det kan finnas särskilda kriterier för demens, och då kan man kanske lösa det i ett särskilt kapitel, men nu fokuserar jag mest på demensen.

Syftet med föreskrifterna är att tydliggöra nämndens ansvar för att tillgodosätta den enskildes behov enligt socialtjänstlagen men också att ge bindande regler för den som bedriver verksamheten enligt socialtjänstlagen och också ge rekommendationer inom vissa delar för att underlätta och ge vägledning. Målet är att personer med demenssjukdom ska få det stöd, den hjälp och den vård som de behöver och inte minst har rätt till enligt socialtjänstlagen men, vilket ni såg på mina bilder, som de inte alltid får.

Föreskrifterna kommer att innehålla en del krav och utgångspunkten att det är den enskildes behov som är avgörande för bemanningen. Bedömningen av bemanningsbehovet ska redovisas öppet så att nämnden kan ta del av hur verksamheten har gjort bedömningen. Även Socialstyrelsen ska kunna kräva in bedömningarna för att ta ställning till behovet.

Utgångspunkten är också att ingen demenssjuk ska lämnas utan uppsikt någon tid under dygnet. Genom att det är behoven som styr anser vi på Socialstyrelsen att det ska säkerställas att kvaliteten och säkerheten utgår från den enskildes situation och inte en i förväg bestämd siffra när det gäller bemanningen. Däremot tror vi att det kan vara värdefullt att som ett allmänt råd ge en vägledning för verksamheten, ett slags snittsiffra på vad som är lämplig bemanning per demenssjuk utifrån de siffror som Demensförbundet har tagit fram. Men när det är behoven som styr är det indivi-

dens, den äldres, perspektiv som vi utgår ifrån. När vi anger en snittsiffra är det för att underlätta för verksamheten att planera för sin verksamhet, och det måste vara behoven som är det viktiga.

De kommande föreskrifterna ska också tydliggöra kommunens ansvar för att det ska finnas tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal för de äldre, eftersom kommunen har det ansvaret, och nämndens ansvar att utreda och besluta om insatser för varje enskild äldre person. Nämnden måste också regelbundet följa upp de beslutade insatserna på individnivå och inte bara få aggregerade data någon enstaka gång. Det ska vara en regelbunden uppföljning på individnivå för att nämnden ska ha kontroll på hur medborgarnas behov tillgodoses. Man ska också följa upp kvaliteten – bemanningen är en del av kvaliteten – och om bemanningen räcker till för att tillgodose den enskildes behov.

Jag har också några andra bilder, herr ordförande, men jag tror att jag avslutar här, för det kan finnas önskemål om att få ställa frågor.

Staffan Werme, Sveriges Kommuner och Landsting: Herr ordförande, tack för att jag har fått komma hit!

Som beslutsfattare är det alltid viktigt att ha ett bra beslutsunderlag. Därför är det välkommet att socialutskottet anordnar en hearing om svensk äldreomsorg och dess kvalitet. Men frågan är, för att vara lite provokativ så här i inledningen: Är hearingens grund den svenska äldreomsorgen eller den bild av den svenska äldreomsorgen som målats i medierna de senaste veckorna?

Jag skulle vilja fördjupa och bredda den diskussion som i huvudsak förts av och i medierna och först ge några konkreta fakta om våra äldre och den omsorg de får.

160 000 har hemtjänst, 90 000 bor i vård- och omsorgsboende, 38 000 har seniorboende eller liknande, 12 000 har korttidsvård, 12 000 har beslut om dagverksamhet och 158 000 om trygghetslarm.

Det är 250 000 personer som arbetar inom kommunal omsorg. Kostnaderna för kommunernas äldreomsorg och den andel av landstingens vård som sker på äldrevårdens sida är ca 200 miljarder kronor per år. Det är 2,3 procent av BNP och absolut högst i Europa.

För oss som arbetar inom kommuner och landsting är äldreomsorgen högst prioriterad av många skäl. Servicen omfattar många av våra kommunmedborgare. Äldreomsorgen sysselsätter väldigt många. Äldreomsorgen är en av de absolut största utgiftsposterna för kommunerna, och vården av de äldre utgör en betydande andel av landstingens sjukvårdsutgifter.

Med detta sagt skulle jag vilja säga att vi ser problem både i framtid och i närtid.

I framtiden: Den framtida ökningen av andelen äldre innebär att vi måste få en långsiktigt hållbar finansiering av äldreomsorgen. 2010 slutförde SKL:s programberedning för välfärdens finansiering sitt uppdrag. I slutrapporten visar man på betydande risker för kraftigt ökade utgifter för offentligt finansierad äldreomsorg. Hur ska vi lösa detta?

I närtid handlar utmaningen om såväl resurser som kvalitet.

Först frågan om resurser: Det är enkelt att säga att äldreomsorgen i första hand behöver mer resurser. Det är resursbristen i sig som skapar de problem som vi har rapporterat om, men denna bild är förenklad.

De öppna jämförelser som Sveriges Kommuner och Landsting genomfört tillsammans med Socialstyrelsen visar inte på några direkta samband mellan höga kostnader och hög kvalitet eller låga kostnader och låg kvalitet. Sambanden är betydligt mer komplexa än så. Man skulle lite förenklat kunna säga att kvaliteten inom omsorgen i huvudsak inte beror på de ekonomiska förutsättningarna, givet att vi håller oss inom det ekonomiska spann som kommunerna i dag befinner sig inom. Den upplevda kvaliteten inom äldreomsorgen får i stället sökas inom många områden. Låt mig ta några exempel.

- Det handlar om ledarskap. Hur har kommunerna klarat rekryteringen och kompetenshöjningen av sina chefer?
- Det handlar om kultur. Vilken verksamhetskultur finns det hos verksamheterna? Hur ser man på den gamla och åldrande människan?
- Det handlar naturligtvis om personal. Vilken utbildning har man och vilka kompetensutvecklingsstrategier finns?
- Det handlar om samverkan. Hur samverkar kommun och landsting med varandra kring den enskilda människan och hennes behov?
- Det handlar om styrning. Hur styr kommunen sina verksamheter? Hur arbetar man med uppföljning, utvärdering och återkoppling?

Inom styrningsområdet har väldigt mycket skett de senaste åren. De öppna jämförelserna som Sveriges Kommuner och Landsting arbetar med är, även om det finnas vissa metodologiska ofullkomligheter, ett värdefullt instrument. Varför? Jo, de börjar på ett systematiskt sätt att ställa frågor om kvalitet, uppföljning, utvärdering och återkoppling vad gäller såväl goda som sämre resultat.

Det finns tyvärr alltför många som hävdar att äldreomsorgen var bättre förr. Men var den det? Var det bättre på 1970-talet, då äldre flyttades in på långvården och tillbringade sina sista år i sjuksalar med många andra äldre och då dementa placerades på mentalsjukhus? Var det bättre på 1980-talet, då man kunde vinna ett helt val med frågan om eget rum på långvården? Eller var det på 1990-talet som äldreomsorgen var som bäst?

Även här är det enkelt att svara just enkelt på dessa frågor. Men det mest slående är att det inte finns tillförlitliga historiska mätningar av kvalitet på äldreomsorgen. Inte förrän de senaste åren har uppföljningen blivit en naturlig del i de flesta kommuners arbetssätt. Kritiken att vi inte har haft tillräcklig kontroll på att det som vi har velat ha utfört också har utförts har vi i kommunsektorn tagit åt oss. Sveriges Kommuner och Landsting arbetar nu strategiskt med dessa frågor.

Likvärdig kvalitet är en av de strategiskt viktigaste frågorna för SKL. Skillnaden i kvalitet mellan olika kommuner och olika verksamheter är i sig ett problem, men Sverige ser inte likadant ut överallt. Behov och lösningar måste ha en lokal förankring. Kommuner agerar olika utifrån olika lokala förutsättningar. Man kan inte genomföra en nationell organisationsstruktur och tro att den kommer att fungera lika bra i Rättvik som i Täby eller i Ljusnarsberg som i Malmö. På samma sätt som lokal olikhet kan upplevas som ett problem kan den också vara en styrka. Föregångare kan lära dem som följer. Genombrottsprojekt lokalt skapar nytta nationellt.

Det finns en risk, menar SKL i dag, att den senaste tidens rapportering får till följd att staten genom direktiv och bindande riktlinjer söker styra upp den omsorg som drivs av kommunerna. SKL vill med styrka peka på de risker som är förknippade med sådana tankar.

Det finns två huvudskäl för dessa risker. För det första måste gamla människor i behov av vård och omsorg ha rätt till en individuell omsorg. Svensk äldreomsorg har under lång tid karakteriserats av en kollektivering av de äldre och åldrandet.

När du nått pensionsåldern har du blivit en del av pensionärskollektivet. När du därefter blivit i behov av omsorg och vård har du än mer kollektiverats eller institutionaliserats. Dina önskningar och dina behov har alldeles för ofta prioriterats ned till förmån för organisationens villkor och krav. Generella direktiv och bindande riktlinjer riskerar att återkollektivisera åldrandet.

För det andra är kommunal äldreomsorg inom vård- och omsorgsboenden i dag någonting helt annat än tidigare. De allra flesta bor en relativt kort tid på ett äldreboende. Det handlar om att hantera de mest sjuka äldre under den allra sista levnadstiden.

Andelen med olika demenssjukdomar har ökat. Många äldreboenden har i dag en mycket tydlig profil för att på bästa sätt ge dessa människor det stöd och den omsorg de behöver.

Just människor med olika demenssjukdomar utgör ett tydligt exempel på att de lokala och de individuella lösningarna måste finnas. Demens är inte en diagnos och inte ett utfall. Olika typer och stadier av demenssjukdom kan och ska hanteras olika. En del kräver stora insatser medan andra kräver betydligt mindre.

Om en grundbemanning ska läggas på den högre nivån innebär det enorma kostnadsökningar som kommer att konkurrera ut annan verksamhet för såväl äldre som yngre. Om nivån läggs på en lägre nivå är frågan vilken nytta en sådan reglering gör.

Vad gör då SKL i övrigt för att öka kvaliteten inom äldreomsorgen? Låt mig peka på ett par saker. Genom att använda register ska vi säkra kvaliteten för varje enskild äldre som är i behov av kommunal service. Det gäller till exempel tandvård, undernäring, trycksår och palliativ vård.

Senior alert och Palliativregistret är två exempel. Just i dagarna skrivs ytterligare ett avtal mellan staten och kommunsektorn om användning och ökad användning av register.

Syftet med detta arbete är att stärka kvalitetsarbetet i kommunerna på ett strategiskt och strukturellt sätt. Det pågår ett fantastiskt arbete inom äldreomsorgen överallt i Sverige. Men fortfarande är kunskapsöverföringen mellan de bästa exemplen och övrig verksamhet alldeles för ostrukturerad, om ens befintlig.

En annan av de prioriterade frågor som Sveriges Kommuner och Landsting arbetar med är kvalitetssäkrad välfärd. I dag bedrivs närmare 20 procent av den offentligt finansierade kommunala äldreomsorgen i enskild regi. Drygt 20 000 människor arbetar inom enskild äldreomsorg.

Sveriges Kommuner och Landsting bejakar den utveckling som har skett. Mellan 2007 och 2011 arbetade förbundet med det prioriterade målet att stödja medlemmar i arbetet med att utveckla nya samverkans- och uppdragsformer med en mångfald av utförare utan att ge avkall på helhetsansvaret för beslut, uppföljning, kontroll och granskning.

Detta arbete går nu in i ett nytt skede. Genom arbetet med kvalitetssäkrad välfärd vill förbundet än tydligare skapa de strukturer som behövs inom såväl uppföljning som upphandling av offentliga, privata och civilsamhällets aktörer.

Vi ser i dag efterdyningarna av en vårdskandal i ett privatägt äldreboende. Det som skett är oacceptabelt. Men inte heller vi inom den offentliga sektorn kan svära oss fria från ansvar. Även inom kommunala äldreboenden har gamla människor behandlats illa. Även inom offentliga institutioner har kvaliteten varit för låg.

Därför är just arbetet med kvalitetssäkrad välfärd och arbetet med de öppna jämförelserna det viktigaste strukturella arbete som i dag sker inom kommun- och landstingssektorn.

Avslutningsvis vill jag göra en liten reflexion. De missförhållanden som har uppdagats i dag på äldreboenden, privata och offentliga, gång efter gång, är oacceptabla. Det finns en risk att den bild som sätts när medierna visar upp dessa händelser blir den sanning som inte kan ifrågasättas.

Men även denna bild måste ifrågasättas. Svensk äldreomsorg är i huvudsak bra. De allra flesta äldre är nöjda med sin omsorg och sin service. De allra flesta anställda i privat och offentlig sektor gör ett fantastiskt arbete fyllt av värde och värdighet.

Ibland kan man fundera över om de braskande rubrikerna kring missförhållanden inom äldreomsorgen kanske mer speglar ett samhälle där åldrande och sjuklighet egentligen inte är acceptabelt. Många av oss, medvetet eller omedvetet, lever i tron att vi kommer att åldras friska och glada där döden på något sätt anses som till- eller frånval.

För några av oss kommer åldrandet att innebära sjuklighet, skröplighet och svaghet. Några av oss kommer att bli dementa. Några av oss kommer så småningom att anse att livet har varit tillräckligt långt och avslutar det-samma genom att vägra vård, vägra mat eller dryck.

Den bilden måste vi också bära med oss. Vanvård kan aldrig ursäktas. Missförhållanden och dålig kvalitet inom äldreomsorgen är oacceptabel. Vi måste ständigt arbeta för att öka kvaliteten inom svensk äldreomsorg oavsett om den utförs i offentlig eller privat regi eller av den civila sektorn.

Vi måste alltid ha den enskilda människan, den gamla människan och hennes vilja och behov i centrum. Det arbetet bedrivs i dag i alla Sveriges kommuner och landsting. I det arbetet är SKL ett stöd för struktur, strategi och kunskapsöverföring.

Ordföranden: Tack så hjärtligt till Staffan Werme som representerar Sveriges Kommuner och Landsting. Vi säger välkommen till Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte, förkortat Famna, och generalsekreterare Lars Pettersson och Elisabet Wennlund, som är sjukhusdirektör. För nytilkomna tv-tittare vill jag berätta att det vi håller på med är en offentlig utfrågning som handlar om kvaliteten inom äldreomsorgen. Vi har kommit en bit in i förmiddagens program. Varsågod.

Lars Pettersson, Famna (bild, se s. 119): Tack så mycket för tillfället att komma hit och medverka i utskottets hearing. Jag ska dela min tid med Elisabet Wennlund från Stockholms sjukhem.

Vi är en av dem som organiserar utförare och organisationer som bedriver vård och omsorg vid sidan av kommunerna. I vårt fall är det föreningar, stiftelser, bolag med non-profit-klausul i sin bolagsordning, kooperativ och möjligtvis någon associationsform som jag har glömt.

Detta är en sfär inom svensk vård och omsorg som har funnits i långa tider och som ganska sent började se sig som en mer samlad del av vård och omsorg. År 2004 gick ett antal av de organisationerna samman och bildade det som blev Famna i akt och mening att synliggöra det alternativ som vi utgör och att tillsammans kunna företräda de intressen och de synpunkter vi har och att också tillsammans kunna arbeta med utveckling av våra verksamheter.

Medlemmarna inom Famna arbetar alla inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagarna. Det är alltså professionellt driven verksamhet. Det är verksamhet som till allra största delen finansieras – jag tror att det är till 98 procent eller någonting sådant – genom avtal med kommuner och landsting. I dag sker det oftast genom upphandlingar av något slag.

Det finns några saker som särskiljer oss som Famnagrupp, eller grupp som arbetar utan vinstsyfte. Det ena är att för oss, när vi diskuterar vad som ska styra våra verksamheter, är de sociala målen lika viktiga som de ekonomiska målen.

Vad är det som gör att vi finns till? Varför bedriver Stockholms sjukhem vård och omsorg när man inte är tvungen att göra det och när man inte gör det som en affärsverksamhet? Att styra mot sociala mål är en ledande princip för den verksamhet Famnagruppen bedriver.

En annan bärande princip är att den vinst som man måste ha återinvesteras i verksamheternas utveckling. Inte bara tillfälligtvis utan alltid och just som en bärande princip för verksamheterna. Det är klart att om man leder verksamheter utifrån en princip bör det också på sikt betyda någonting för hur de utförs.

Vi har valt att arbeta väldigt mycket med frågan om ledarskap och kvalitet. Bemanning är viktigt. Det måste naturligtvis finnas personal. Men dess kunskap, dess värderingar och den kultur som råder är kanske det som många gånger avgör den kvalitet med vilken verksamheten bedrivs.

Vi har för den saken utvecklat ett ledarskapsprogram tillsammans med Ersta Sköndal högskola. Det är en 15-poängskurs för chefer inom vård och omsorg av vårt slag. Vi har tillsammans med Qulturum i Jönköping utvecklat vad vi kallar för ett värdeforum, ett program för att lära hur man arbetar med en kultur av ständiga förbättringar.

Detta är en kort presentation av det som är Famna. Jag ska lämna ordet till Elisabet Wennlund.

Elisabet Wennlund, Famna: Jag är sjukhusdirektör för Stockholms sjukhem. Jag är glad att få vara här och berätta lite grann om hur vi arbetar och hur jag med mitt Stockholmsperspektiv, vill jag påpeka, ser på kvaliteten i äldreomsorgen. Hur arbetar vi? Vad ser vi behövs?

Jag ser att det finns flera olika utmaningar i äldreomsorgen. Det är flera här som har talat om det. Vi märker när vi arbetar att våra äldre multisjuka beskriver en otrygg vårdssituation.

Vi arbetar också väldigt mycket med den stora förväntan från närstående hur åldrandet ska gestalta sig. Vi arbetar vidare med olika kvalitetsindikatorer och utvecklar nya. Det är stora utmaningar framåt.

Vi kan titta på de olika kvalitetsbegreppen tillgänglighet, tillförlitlighet, bemötande och ställa till rätta. Vi måste hela tiden jobba med det. Vi ser att våra äldre inte alltid förstår. De ser inte vilken tillgänglighet de har till äldreomsorg. När och hur får man hjälp? Vad är det vi lovar? Vad har vi för utfästelser? Stämmer det för de multisjuka?

Vi ser i dag att de äldre sjuka vårdas kortare tid på våra vård- och omsorgsboenden. Då har de stort behov av hälso- och sjukvård. Vi ser att många i dag vårdas i hemmet som också har stort behov av hälso- och sjukvård. Vi ser ett behov att hålla ihop de behoven för de äldre.

Vi ser att de olika vårdtjänsterna behövs. Man behöver vara ganska snabbfotad och kunna ändra tjänsterna för den enskilde. Hemtjänst, vård- och omsorgsboende, korttidsboende, det behövs olika strängar på lyran. Framför allt måste vi komma ihåg att när man arbetar med äldre måste man också få tid och ha ett arbetssätt där man kan jobba förebyggande.

Man kan inte bara komma när det är akuta behov utan man måste jobba långsiktigt. Man måste ha tillgång till kompetens dygnet runt. Som tidigare sagts handlar det om bemanning. Man måste ha en bemanning. Det måste finnas händer runt de äldre i de behov de har.

Tillförlitligheten och värderingsarbetet är oerhört viktigt. Vi jobbar med omtanke, respekt och kunskap. Det är inte bara tomma ord. Det resulterar också i praktiskt arbete runt våra äldre. Det måste finnas mer kompetensutvecklingsplaner varje år. Det måste följas upp i olika enkäter både hos medarbetare och hos de äldre om hur de upplever att vi kan leva upp till detta som är våra värderingar.

I tillförlitligheten ingår naturligtvis också kompetens med det kompletta teamet som kan omsorg och omvårdnad och som har läkarkompetens och paramedicinsk kompetens. Det skapar trygghet när man jobbar i ett team tillsammans, och det skapar trygghet för den äldre.

Vårdtjänsten är en kunskapstjänst. Vi jobbar med ledningssystem, kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister. Vi jobbar med egenkontroller, revisioner och förbättringar. Vi är kvalitetscertifierade i vår verksamhet och jobbar med att leva upp till innehållet i ett ledningssystem.

Återigen: Det handlar om bemötande och värderingar. Det måste finnas med i våra verksamhetsplaner och kompetensutvecklingsplaner och måste mätas.

Kompetensen har tre ben, kunskap, erfarenhet och attityder. Då kommer vi åter till det som några av er har nämnt. Det är ledarskapet. Det handlar om att fastställa mål, vara närvarande, ge stöd och feedback i det dagliga arbetet. Det kan inte nog understrykas.

Vi blir stolta när vi göra våra enkäter hos boende och bland våra medarbetare och vi ser att vi lever upp till en trygg vård och som slutresultat i enkäten får att man är trygg, eller när det gäller geriatrik att man kan tänka sig att vårdas där igen om man får behov.

Ordföranden: Tack så hemskt mycket. Vi går vidare. Det är Vårdföretagarna som representeras av Siv Nordqvist. Varsågod.

Siv Nordqvist, Vårdföretagarna (bilder, se s. 120–122): Jag är ordförande i branschrådet för äldreomsorg som tillhör Vårdföretagarna. Vårdföretagarna är en arbetsgivarorganisation först och främst. Vårdföretagarna omfattar inte bara vinstdrivande företag, utan vi har också många ideella organisationer i vår verksamhet.

Vi är en ganska stor organisation med 2 000 medlemmar. De flesta medlemmarna är väldigt små, men vi har också några väldigt stora företag.

Den verksamhet vi bedriver handlar om att bevaka utgångspunkten och möjligheten för nyföretagande och för företagare att verka i Sverige. Där kan vi se att det ser väldigt olika ut.

Det är egentligen i 100 kommuner där det finns privat driven äldreomsorg. I de kommuner där det finns privat driven äldreomsorg ser vi att det finns en bättre koll på både ekonomi och kvalitet. Det är naturligtvis det vi vill värna.

Vi har också som ni säkert har sett utarbetat etiska riktlinjer. De finns här. Vi ska följa lagstiftningen. Det är klart att detta är en intresseorganisation. Men det är också en arbetsgivarorganisation som kräver av våra medlemmar att de ska sköta sig.

Vad är det viktiga för oss? Vi tycker att vi ska ha en bra uppföljning av verksamheterna. Jag vet inte hur många av er som vet vilka register som i dag finns. Bara inom äldreomsorgen finns det ungefär sex register plus hälso- och sjukvårdsregistren. Det är öppna jämförelser, Äldreguiden och Senior alert. Det finns inom hälso- och sjukvården strokeregister och liknande.

Vi tycker att man måste börja systematisera de registren på ett bättre sätt än vad man nu har gjort. Det ser väldigt olika ut, som någon sade tidigare, i kommunerna runt om i Sverige. Några har inte haft möjlighet att riktigt systematiskt sammanställa de register som finns.

Eftersom jag har socialutskottet framför mig vill jag passa på att säga: PUL-frågorna är jätteviktiga. Vi som bedriver privat driven vård måste enligt dagens lagstiftning inhämta den enskildas medgivande för registrering i register. Detta är en adressering. Jag tycker att detta är viktigt för att vi ska få en jämförbarhet i vård och omsorg över landet.

Självklart ska vi ha ersättningssystem som premierar kvalitet. Men det ska inte vara en kvalitetsupphandling där det kanske inte räcker när man börjar räkna ut vad det är för pengar det handlar om. Man har i vissa kommuner tänkt: Vad bra, nu ska vi spara lite pengar.

Det handlar förstås om meddelarfrihet. Det är en av de frågor som vi har jobbat med. Jag tror att ni allihop vet att när man har gjort jämförelser mellan privat och kommunalt driven verksamhet har den privat drivna vården fått i personalens ögon och med deras erfarenhet en bättre poäng än den kommunala.

Det beror naturligtvis på att vi har många små och medelstora företag och även stora företag som satsar på kvalitet och ledarskap. Man har närmare till sina chefer och har också möjlighet att få feedback snabbt när man ser att man vill ha förändringar i sin drift.

Jag vet inte, herr ordförande, om jag har så mycket mer. Jag tänkte bara säga att jag är väldigt glad över att jag har fått komma hit i dag. Jag har jobbat i äldreomsorgen sedan 1968. Jag har jobbat som vårdbiträde, jag har jobbat som chef, och jag har jobbat i kommuner och landsting.

Anledningen till att jag började med den privata driften var att jag likasom många av de små och medelstora företagen som finns är besjälad av en idé att göra äldreomsorgen bättre. Där vill jag sluta.

Ordföranden: Tack så hjärtligt för det. Nästa organisation är Demensförbundet. Det representeras av Stina-Clara Hjulström, som är förbundsordförande, och upphandlingsexpert Jannis Avramidis.

Stina-Clara Hjulström, Demensförbundet (bilder, se s. 122–127): Demensförbundet är den största organisationen som arbetar för demenssjuka och deras anhöriga. Vi har 130 lokala föreningar runt om i landet. Innan jag går in på de åtgärder som vi tycker behövs för att göra äldreomsorgen bättre tänkte jag att vi ska landa i: Vilka är det vi egentligen talar om?

Det är inte de pigga pensionärerna som går på golfbanan med hole-in-one, utan det är de multisjuka äldre. De har ett väldigt stort omvårdnadsbehov och kan inte själva på något sätt föra sin egen talan.

Detta är Anna, 101 år, med sonen Axel, 82 år. Hon är svårt multisjuk. Hon har amputerat ett ben. Hon har diabetes. Hon har hjärtfel. Hon ser dåligt och hör också dåligt. Det är den gruppen som jag tycker att debatten ska handla om.

Vårdskandalerna duggar tätt. Jag tror att det är väldigt mycket som inte fungerar och att man ska ta till sig av den kritiken och kanske inte gå så mycket i försvarsställning.

Det finns mycket som är dåligt. Men det finns också bra vård både kommunalt och landstingsdrivet, eller kommunalt och privat drivet. Det är viktigt att komma ihåg det.

Demensförbundet vill att vi ska lagstifta om en minimibemanning. Det går inte längre att säga lagom, tillräckligt eller rimligt. Vad är rimligt, och vad är lagom? Politikerna i Piteå tyckte säkert att det var lagom och rimligt när man lämnade de boende inlåsta nattetid utan personal, vilket fortfarande förekommer i många kommuner.

Demensförbundet har också gjort en egen anhörigenkät. Den vänder sig direkt till anhöriga eftersom den grupp som behöver vården inte själv kan tala för sig.

Här kan man se att 2003 tyckte drygt två av tio av de anhöriga att det behövdes mer personal. I dag 2011 säger nästan åtta av tio anhöriga att det behövs mer personal. Jag tänker inte orda mer om det.

Vi måste inse att man inte kan trollda med knäna. Det behövs mer personal. Därför vill vi lagstifta om minimibemanning. Personalen springer och jäktar. Det är inte ovanligt med en enda person på åtta, tio demenssjuka en helg. Det går inte.

Det räcker inte med att bara säga: Mer personal. Det måste vara en utbildad personal, och den måste ha handledning. Det måste finnas chefer som är närvarande i verksamheten och ser det som sker och det som inte sker.

Sedan 1994 har två tredjedelar av landstingens geriatrika vårdplatser försvunnit. Det är skrämmande. Var finns nu de äldre som tidigare vårdades på geriatrika kliniker? Jo, det är de vi i dag ser färdas i färdtjänst och taxi runt om och som snurrar runt i akutsjukvården där man inte alls vill ha dem utan till och med har döpt dem till Svarte Petter.

Nedrustningen av geriatriken fortsätter. Man håller på och lägger ned kliniker. Jag tycker att det är skrämmande och skämmande av politiker att detta får ske. Därför vill Demensförbundet att man ökar dessa platser kraftigt, satsar på geriatriken och får fler att ägna sig åt den och att det forskas och utvecklas.

Vi vill också ha en kraftigare tillsyn. Det behövs uppenbarligen. När journalisterna, som jag tycker sköter det utmärkt, kommer, då kommer Socialstyrelsen. Men man skulle önska att de kanske låg ett steg före pressen.

De fyra punkter vi har är lag om minimibemanning, fler geriatrika vårdplatser och en bättre tillsyn. Sedan har Demensförbundet tillsammans med Jannis Avramidis, som är expert på upphandlingar, tagit fram en kravspecifikation som behövs för att man ska kunna kontrollera. Om vi nu ska köpa och sälja äldre måste det bli en kontroll av det.

Jannis Avramidis: Herr ordförande, hur lång tid har jag på mig? Fyra minuter.

Jag uppfattar att syftet med detta möte är att ge våra ledamöter i socialutskottet en djupare insikt och konkreta förslag på hur den svenska äldre vården kan förbättras.

Ett sådant konkret exempel är just kravspecifikationen. Denna kravspecifikation innehåller ett stort antal skall-krav på de grundläggande basala vårdtjänster och kvalitetskrav som varje äldre har rätt till enligt rikets lagar, riktlinjer och föreskrifter, bland annat baserade på Socialstyrelsens föreskrifter.

Jag vet inte hur många som vet vad en kravspecifikation är eller vad ett avtal är. Jag kan kortfattat säga att kravspecifikationen är hjärtat i ett avtal. Det är den som reglerar på ett affärmässigt sätt och ett juridiskt hållbart sätt vad som ska levereras, till vilken kvalitet, hur det ska följas upp och vad som händer om leverantören inte levererar till beställaren de tjänster som man har avtalat om.

Kravspecifikationen är hjärtat i avtalet. Det spelar ingen roll om man har en privat vårdgivare eller om tjänsten levereras i den offentliga verksamheten. I ena fallet skriver vi ett avtal. I andra fallet är det en intern beställning. Svårare än så är det inte.

Varför är kravspecifikationen så viktig? Vi har hört väldigt mycket om register och kvalitet, brukarundersökningar och allt vad det är. Hur svårt kan det vara att skriva i ett avtal att en kissig blöja ska bytas till exempel tio minuter efter upptäckt? Är det svårt att skriva det i ett avtal?

Då kan man ställa sig frågan: Varför gör inte kommunerna det? Det var en fråga jag ställde mig när det gällde min pappas vård. Det var där jag började. Vad består kravspecifikationen av? Vi började läsa Socialstyrelsens riktlinjer och föreskrifter och omvandlade samtliga bör-krav till skall-krav.

Men vi nöjde oss inte med det. Vi frågade vårdpersonal, undersköterskor och sjuksköterskor, som har den faktiska kompetensen och vet hur det fungerar på arbetsgolvet: Hur ska det vara? Hur måste vi skriva för att

säkerställa god kvalitet, dessa vackra och fantastiska ord som alla använder sig av? Vad är god kvalitet? Fråga en sjuksköterska och ni kommer att få svar. Det lovar jag er.

Det var vad vi gjorde. Vissa anhöriga fick komma in med sina synpunkter. Det var där vi började. Jag säger igen: Enbart denna kravspecifikation på 80 sidor i sig säger en hel del om man jämför med de kravspecifikationer som jag läst som diverse olika kommuner runt om i Sverige skriver på max 10–15 sidor.

Denna kravspecifikation beskriver vad som ska levereras. Det står däruppe. Personcentrerad vård. Det är inte för någon grupp utan på individnivå. Det är nyckelordet, kära vänner. Vad ska levereras och till vilken kvalitet? Hur ska vi följa upp det? Vad händer om vi inte får det de har lovat att de ska leverera?

Det finns en tredje orsak till varför den är så viktig. Denna kravspecifikation kan med fördel användas för Socialstyrelsens tillsyn av kommunerna. Får våra medborgare, våra äldre, de mest sjuka, de multisjuka, eller vad vi nu vill kalla dem, verkligen den vård som de har rätt till enligt lagar, föreskrifter och riktlinjer?

Det är vad Socialstyrelsen själv har skrivit i alla sina fantastiska dokument. Är det någon som har bemödat sig med att läsa vad som står i de dokumenten och omvandla dem till juridiskt hållbara krav i ett avtal? Vi betalar pengar för dessa tjänster. Det är ingenting vi får gratis.

Till sist skulle jag vilja säga något om varför denna kravspecifikation är så viktig och kanske uppfattas som ett hot av vissa här i församlingen. Varför är det så? Jo, därför att den faktiskt kan användas som någon form av kraftfullt verktyg, om jag får kalla det så, för vårdpersonal, undersköterskor, sköterskor, enhetschefer, avdelningschefer och vad ni vill för att utveckla deras arbetsroll och arbetsidentitet i samarbete med deras arbetsgivare för att, och jag säger det igen, kunna utveckla verksamheten till något bättre, oavsett om det är en privat eller offentlig aktör.

Jag vill säga en sak till, herr ordförande. Jag ställde en fråga till min far. Han är demenssjuk och, får jag väl säga, har nu återhämtat sig efter den vård han fick. Jag frågade honom: Vad vill du att jag ska säga när jag står där uppe i talarstolen och pratar? Han är demenssjuk, så man får ha respekt för det. Det gick väl någon timme eller två i ärlighetens namn. Sedan sade han en sak bara som jag vill förmedla till er: Be dem att inte glömma oss!

Det var vad pappa sade till mig.

Curt Persson, Pensionärernas Riksorganisation: Jag säger också tack för att vi får vara med här. PRO representerar ca 400 000 pensionärer – väldigt många pigga pensionärer, men en del har redan insatser av äldreomsorgen och andra kommer efter hand att behöva det. Därför är äldreomsorgens kvalitet en mycket viktig fråga för oss som organisation.

Det går självklart inte att döma ut all äldreomsorg och säga att det finns problem. Vi vet och möter väl fungerande och bra äldreomsorg också, men det är den sista tidens medieredovisningar som har väckt en hel del funderingar, dels hos oss men också hos många av pensionärerna. Ett av bekymren är att det i vissa fall även har väckt en rädsla. Många frågar sig: Vågar man bli gammal?

Trygghet och omtanke inför åldrandet är alltså viktigt för oss. Vi har anammat en mångfald inom äldreomsorgen, men efter allt som har hänt är vi också övertygade om att en verksamhet som äldreomsorgen inte ska drivas av företag vars främsta syfte är att maximera sin vinst. Omsorg är ingen industriverksamhet. Det handlar om mänsklig värme, om omsorg och om trygghet. Vi ser att hårda rationaliseringar och effektiviseringar drabbar brukarna och i synnerhet dem med de största behoven av vård och omsorg.

Vi menar också att det finns en gräns för privatiseringar och att det måste finnas kvar offentliga utförare av den offentligt finansierade vården och omsorgen. Kommunerna får inte lämna över all verksamhet till andra händer, detta av den anledningen att egna kunskaper och kompetenser är viktiga när man ska ställa krav på andra utförare. Ska kommunerna kunna formulera bra förfrågningsunderlag och ställa de rätta kraven måste de, enligt vår uppfattning, också ha kompetens som utförare.

Vad är det då för krav som vi tycker finns i det här sammanhanget? Det första är tillräckliga resurser. Resurserna är grunden för att man ska kunna driva en god äldreomsorg. Fortfarande ser vi hur antalet vård- och omsorgsboenden minskar, och under 2000-talet har samhällets kostnader för äldreomsorg i stort sjunkit, både i faktisk kostnad och som andel av BNP. Det innebär att färre äldre får hjälp av äldreomsorgen. Det innebär också att anhöriga får stå för en allt större del av omsorgen i dag. Vi tror att om man vet att man får en bra omsorg, dels för sig själv men också för sina anhöriga, så är man beredd att betala så att de behövliga resurserna skapas.

Vi menar att det behövs större satsningar på kompetensutveckling av personalen, inte minst mot bakgrund av vad Demensförbundet har redovisat. Blickar vi dessutom framåt, och vi vet att den åldrande skaran blir större, kommer det att finnas ett ökat behov av personal. För att klara det tror jag att man måste börja den satsningen redan nu. Det behövs fler personer inom omsorgen, och det behövs också bättre villkor för de anställda. I dag ser vi en svårighet att kunna rekrytera folk till omsorgen. Det innebär att man för att man ska kunna klara av det måste se till att de anställda får bättre villkor. Man får också ha en annan syn på själva arbetsorganisationen.

När det gäller kvalitetskraven har det redovisats här från talarstolen om värdegrunder, om föreskrifter, om öppna jämförelser och om brukarundersökningar. Allt detta ger en värdefull kunskap, men av det följer inte automatiskt att vi får en effektivare och bättre omsorg. Vi menar att det

kan vara svårt för mindre kommuner att ha ett ordentligt underlag, och vi menar att staten måste ge tydliga kvalitetskrav inom äldreomsorgen när det gäller sådant som bemanning, kompetens, tillsyn och uppföljning.

För att man ska kunna ge verkningsfulla föreskrifter behövs det en lagstiftning i botten. Vi vill att tydliga kvalitetskrav och riktlinjer ska återfinnas i lagstiftningen. Vi vill se tydliga skrivningar i lagen om vad som avses med god kvalitet – inte bara att det står god kvalitet utan vad man avser med det. Det ska vara skrivningar som kan ge stöd åt föreskrifter och riktlinjer. Vi menar att bra vård och omsorg ibland måste formuleras i klara och tydliga bemanningskrav och kompetenskrav. Socialtjänstlagen är inte tillräckligt kraftfull som vi ser det.

När det gäller äldre med stora vård- och omsorgsbehov är samverkan nödvändig mellan olika yrkesgrupper. Dessa yrkesgrupper styrs av olika lagar, och vi menar att inom äldreområdet finns det därför ett klart behov av att slå samman delar av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Vi skulle välkomna en utredning med den inriktningen.

Det finns två lagstiftningar som vi gärna också skulle vilja att man går igenom. Den ena är lagen om valfrihetssystem, LOV. Vi menar att det finns brister. Vi menar att kommunerna måste få större möjligheter att styra verksamheten. Vi kommer framöver säkert att se överetableringar med nedläggningar i stora kommuner. I många små kommuner finns inget intresse alls av att etablera sig.

När det gäller den andra, lagen om offentlig upphandling, var det en verkligt ingående redovisning från Demensförbundet om att ställa krav. Vad vi funderat över är att den lagstiftning vi har gäller upphandling mer generellt. Tittar man ut lite i världen ser man att det finns länder som har en upphandlingslagstiftning som är mer anpassad just till vård och omsorg. Vi är övertygade om att det är en väg att gå.

Får jag bara till slut säga att våra gemensamma skattepengar behöver vi fullt ut till vården och omsorgen. De ska inte försvinna på annat sätt!

Karl Erik Olsson, Sveriges Pensionärsförbund: Herr ordförande! Kära vänner! Tack för att vi får vara här allesammans! Jag tycker att det är väldigt bra att vi har en genomgripande debatt och att socialutskottet har tagit initiativ till den här diskussionen, för det kommer fram mycket bra saker.

Jag är ordförande i Sveriges Pensionärsförbund. Det är lite mindre än PRO, men vi har ändå bortåt 300 000 medlemmar. Det är spännande. När jag tittar ut över våra medlemmar, och det gör jag rätt så ofta, brukar jag säga att det är konstigt, men ni ser ju ut som vanliga människor. Och det är inte så stor skillnad på den här publiken och på dem som är medlemmar hos oss. Det *blir* en skillnad så småningom, men när människor blir sjuka ser man dem inte så ofta. Men då ska man komma ihåg att inuti de här människorna, så sitter samma tidigare människa kvar som fanns där när vederbörande var just pensionerad eller ung och arbetsför eller till och med ett barn. Det är samma människa. Det får vi aldrig glömma bort.

Det finns några saker som vi från SPF har tagit upp och som jag vill ta fram här, och det är bl.a. hur det förhåller sig mellan kommuner och landsting. Kommunerna har ju ansvaret när det gäller äldreomsorgen, och det är det vi talar om här. Det spelar inte någon roll hur man sedan organiserar det – kommunen kommer aldrig undan ansvaret. Men samtidigt finns det ofta ett glapp mellan landstingen och kommunerna. Äldre är sjuka emellanåt, det är landstingets ansvar, och därefter går de till något boende som är kommunens.

Detta är ett bekymmer. Vi har sagt rakt ut från SPF att det skulle vara *en* huvudman för det här. Jag har fått frågan av Maria Larsson som sade, kan du säga det här – du som är gammal politiker vet väl hur besvärligt det är.

Jag sade det inte på den tiden, men nu är jag inte politiker, utan nu företräder jag de äldre, och då tror jag att det här är en viktig synpunkt som vi måste ha med.

Jag hörde från SKL här att man inte har pengar. Men vi har ju överallt så mycket pengar vi vill! I det här huset beslutar man om den statliga skatten, kommunerna bestämmer själva och landstingen bestämmer själva. Det gäller att ta för sig. De som har makten kan inte klaga på att det inte finns resurser, för då får man ta hand om detta. Men det kanske är så att man inte har politisk majoritet för att ta in tillräckligt mycket resurser, och det kanske beror på att de som behöver de mesta resurserna inte företräds i de beslutande församlingarna. Det är för få gamla i det här huset och för få gamla i fullmäktige och i landstingen som skulle kunna framföra dessa krav. De som fortfarande är unga tror att de ska vara unga alltid, misstänker jag.

Det var mycket intressant att höra om de öppna jämförelserna som Lars-Erik Holm redovisade. Det tyder ju på att det är mycket problem kvar. Mellan föredragningarna från Socialstyrelsen å ena sidan och Sveriges Kommuner och Landsting å den andra sidan kände jag att det fanns en spänning. Sveriges Kommuner och Landsting framhöll att det allra mesta är bra, men de bilder vi såg här på väggen om de öppna jämförelserna som man har varit med om att göra visade egentligen inte att det allra mesta är bra. De visade faktiskt att det är väldigt mycket som inte är bra, och det måste vi ta till oss. Dessutom sades det några saker som jag tycker är väldigt viktiga att understryka: Det finns inget direkt samband mellan höga kostnader och god kvalitet. Det finns inte någon direkt skillnad mellan privat och offentlig vård. Det finns inte heller större skillnader mellan stor och liten.

Det går att göra allt bättre om man bara vill. Det handlar väldigt mycket om att attitydfrågor. Det är samma typ av attitydfrågor som vi nu jobbar mycket med inom SPF – ålderism och hur man ser på äldre människor. Det är viktigt att notera, och jag blir så glad när jag hör någon säga det, vi får inte kollektivera de äldre. Jag tror att det var SKL som sade det, och jag tycker att det är väldigt viktigt att vi också lever upp till det.

Man föses ju gärna ihop, och vi pensionärsförbund kanske också föser in folk över 65 år i en särskild fälla. Det är ännu lättare att fösa in de sjuka i en särskild fälla. Det hoppas jag dock att vi inte ska göra, utan vi ska betrakta varje individ som den individ hon är.

En fråga som jag avslutningsvis vill röra vid här är något som redan har tagits upp. Det är den offentliga mediedebatt som grundar sig på de skandaler som har upptäckts och som är oförsvarbara. Det har ifrågasatts om den bilden är rätt. Det kan man naturligtvis ifrågasätta, men det finns egentligen ingen möjlighet att ifrågasätta mediernas bild, för de bilder som är tagna och det som är skrivet är inte gjort på lösa grunder, utan det är korrekt. Är det så att man tycker att det är fel, då måste den som tycker det visa någonting som är bättre. Det går inte bara att säga att det mesta är bra och så nöja sig med det, utan det här är en reell bild. Men de som bedriver den här verksamheten, och det är i det här sammanhanget kommunerna, har nu ett väldigt stort ansvar gentemot alla dem som är gamla och sjuka i dag och alla som väntar på att bli det att skapa en bild som inger förtroende för den framtid man har när man blir lite sämre, lite sjukare och så småningom kanske behöver mycket vård. Den bilden håller på att bli för dålig, och det är inte att klaga på medierna, utan jag riktar mig direkt till kommunerna som är ansvariga: Det är ni som har uppgiften att staga upp den här bilden så att vi kan känna trygghet inför framtiden!

Ordföranden: Med alla dessa fina föredragningar har vi kommit fram till en kvarts paus. Ni som vill anmäla er till talarlistan ska göra det nu.

(Paus)

Ordföranden: Till nytilkomna och tv-tittare vill jag säga välkommen till socialutskottets offentliga utfrågning om kvaliteten i äldreomsorgen. Efter en liten paus fortsätter vi nu. Vi kommer att hålla på fram till kl. 12.00. Jag kommer att vara väldigt noga med att vi håller tiderna, annars blir det ingen tid kvar till frågorna på slutet, och jag vill inte att vi ska hamna i den situationen. Vi går raskt in på listan igen.

Annelie Nordström, Kommunal (bilder, se s. 127–130): Tack för att vi får komma hit och presentera vår syn på äldreomsorgen. Jag är ordförande i Kommunal, och vi har drygt en halv miljon medlemmar i vår förening. Åttio procent av dem jobbar i vård, skola och omsorg. Den allra största yrkesgruppen är undersköterskor i äldreomsorgen.

En del av er tänker kanske att facket bara gnäller över att det alltid saknas resurser, och det har de alltid gjort så det är inte så mycket att lyssna till. Det kan vara så att man upplever att vi länge har sagt att det kommer att bli problem i äldreomsorgen. Det är ganska länge sedan som vi menade att resurserna redan var för små. Jag kan förstå om ni från er sida reagerar så och tycker att vi har ropat på vargen för många gånger. Men nu är vi framme vid ett läge där det är allvarliga problem ute i verksamheterna, och vi tycker att det är angeläget att ni anordnar den här hearingen för att intressera er för olika perspektiv på detta.

Vi reflekterar givetvis också över hur vi agerar. Vi är mycket noga med att plocka fram konkreta uppgifter på vad det är som brister. Vi är också noga med att verkligen finnas där ute i verkligheten. Därför besöker jag medlemmarna på deras arbetsplatser minst en dag i veckan och ägnar min tid åt att se hur det är ute i praktiken.

Man säger väldigt ofta, och det har sagts här också, att det skiljer väldigt mycket runt om i landet. Det är givetvis sant. De här siffrorna som Socialstyrelsen visar talar sitt tydliga språk. Jag vill ändå mena att det är en trend som ser likadan ut i hela landet, men det är olika i vilken grad som den trenden har slagit igenom i verksamheterna. Det finns gradskillnader, men trenden är densamma. Det finns en sak där det är en mycket stor skillnad runt om landet och där storstäderna har den allvarligaste situationen, och det gäller tillgången på yrkesutbildad personal. Det är en väldigt liten andel som jobbar i verksamheterna i Stockholmstrakten som har yrkesutbildning, medan det är väsentligt bättre runt om i landet. Det är en mycket allvarlig situation.

Jag har besökt medlemmar på arbetsplatserna och lyssnat på deras berättelser och jag har lyssnat på berättelser från de 25 undersköterskor som jag åt middag med. De berättade om verkligheten bakom rubrikerna i tidningarna. De berättade om en verklighet där det råder tidsbrist. Det är tidsbrist när det gäller att låta gamla människor klä på sig själva om de kan det i stället för att personalen drar på dem kläderna. Det är till och med tidsbrist i den meningen att man inte kan låta alla få gå på toaletten varje dag. Det är alltså tidsbristen som avgör om en gammal människa får gå på toaletten eller tvingas att alltid använda blöjor och inte bara nattetid. Det är också tidsbrist när det gäller samtal. Det är ganska många av våra medlemmar som får väldigt konkreta ordergivningar om vad de ska göra. I hemtjänsten förekommer det till exempel allt oftare att man får en arbetsorder som betyder: leverera matlåda utan samtal – tre minuter.

Denna brist på tid, tid som skapar omvårdnad, gör att vi också har landat i att det är brist i bemanningen. När vi tittar på hur mycket bistånd som är beviljat och lägger samman den tid det skulle ta att leverera det stämmer det väldigt sällan med det antal timmar som det finns anställd personal för att utföra sysslorna. Den diskrepansen handlar om att man räknar med att de anställda ska töja och tänja på sig för att ändå leverera så gott man kan, och vi har nått en gräns där. Det är vår bestämda uppfattning. Den gränsen är nådd eftersom vi upplever att det under väldigt många år har varit en ordentlig prispress på den här verksamheten. Det har talats om hur mycket den kostar och att kostnaderna måste dämpas. Sedan har kommunerna hanterat det på lite olika sätt när man har dämpat kostnaderna. En del tycker att det är besvärligt att dämpa kostnaderna själva och lägger då ut det på entreprenad för att pressa ned kostnaderna på ett annat sätt, men resultatet blir att det finns för lite pengar för att anställa den personal som ska leverera för att de äldre ska få sina behov tillgodosedda. Det är inte en situation som är okej.

Vi upplever också att de här arbetsplatserna levererar ohälsa. De anställda som arbetar med att töja och tänja på sig själva har faktiskt fått väsentligt försämrade arbetsvillkor inte bara när det gäller belastningen i jobbet utan under de senare åren också när det gäller allt tätare helgtjänstgöring och allt fler delade arbetspass där man jobbar några timmar på förmiddag, har en lång rast och sedan återkommer och tar kvällspasset. Det är allt fler visstidsanställda och fortfarande väldigt många deltidsanställda.

De villkor som nu råder i den här branschen innebär också att attraktionskraften har försämrats. Statusen på det viktiga undersköterskejobbet har sjunkit. Det innebär att allt färre ungdomar söker sig till omvårdnadsprogrammet. År 1980 var det 18 000 ungdomar som sökte sig till vårdlinjen. Förra året var samma siffra 3 200, och det gäller den allra största arbetsmarknaden i Sverige. Det är ett av de viktigaste jobben för att våra gamla ska ha en värdig ålderdom.

Det här går inte riktigt ihop. Våra värderingar, våra önskningar och våra krav stämmer inte med det sätt som vi agerar på för att säkerställa den här branschen i dag och i framtiden. Hur vi agerar i dag bestämmer hur det blir i morgon. Det är hög tid att göra någonting åt detta. Det här stämmer dåligt med det som man pratar om som en värdegaranti och dess värre också med arbetslinjen. Äldreomsorgen är, precis som barnomsorgen, en av de viktigaste välfärdsdelarna för att kvinnor ska kunna vara aktiva på arbetsmarknaden. Har man inte det här stödet riskerar vi att allt färre kvinnor kan vara på arbetsmarknaden. Det är redan nu 100 000 personer som avstår från att arbeta heltid eller alls för att kunna ta hand om sina äldre.

Eva-Lisa Krabbe, Vårdförbundet (bilder, se s. 131–135): Jag vill börja med att tacka för att vi har blivit inbjudna hit i dag. Jag vill lämna våra synpunkter på vad vi tycker behövs för vården av äldre. Vi har arbetat med frågan de senaste tio åren. Det här handlar om kunskap, kultur och ledarskap. Vi tycker att de mest sjuka i vården borde behandlas som guld-kortskunderna i alla andra sammanhang. Om man vill att de äldre, de mest vårdbehövande, ska vara guld-kortskunderna måste de också få tillräckligt med resurser. Att alltid prata om att det är den högst prioriterade gruppen och sedan inte se till att de får de mesta och de bästa resurserna gör att det inte blir den vård som vi hade tänkt oss. Många lovar en mycket god vård, men när man väl möter den är det inte den kvalitet man har förväntat sig.

Vi tycker att äldrevården ska utgå från individen och individens behov, som flera andra har sagt i dag. Vårdtagare och närstående ska behandlas som auktoriteter och en del av vårdteamet. Vårdplaneringen görs inte av vårdpersonalen själv, utan den görs också tillsammans med vårdtagaren och närstående. Vårdteamet ska kunna samlas runt individens behov. Det är behoven som ska stå i centrum, inte individen. Vi ska inte titta på indi-

viden och bedöma individens behov, utan vi ska tillsammans med individen bedöma vilka behov som finns och som individen själv uttrycker. Sedan ska vi utifrån vår kunskap tillfredsställa behoven.

När man tittar med de mest sjuka äldre är det kanske inte hälsovård som man funderar så mycket på, men vi tror att en äldrehälsovård för ökad livskvalitet måste vara grunden i samhället. Precis som vi har nationella program för mödrhälsovård och barnhälsovård behöver vi program för äldrehälsovård. Det kan hjälpa oss att på ett bättre sätt samla kunskap om äldres behov och på ett bättre sätt kunna förebygga och sedan, när man inte kan förebygga längre, vårda, hjälpa och lindra. Vi tycker att hälsosamtal i hemmiljö är en viktig insats som kan ge stora vinster framöver.

Jag pratade inledningsvis om kunskap. Kunskapsbristen är, precis som Annelie också sade, mycket stor i äldrevården. Annelie berättade om kunskapsbristen i Stockholmsområdet. Jag tror att den också är stor runt om i landet. Det är många som inte har utbildning som jobbar i äldrevården. Jag menar att det pekar på att äldrevården inte prioriteras tillräckligt högt. Man tar inte behoven på allvar.

I dag har 17 procent av sjuksköterskorna inom äldrevården specialistutbildning. Det är vanligtvis distriktssköterskor, och det kan vara sjuksköterskor med specialistutbildning inom äldrevård. Vi har drygt 500 sjuksköterskor i Sverige med specialistutbildning inom äldrevård. Det tycker vi visar att detta inte är ett tillräckligt prioriterat område. Det borde finnas 1 500. Vi tycker att alla äldre vårdtagare måste ha rätt att hålla kontakt med en specialistutbildad sjuksköterska när de har så stora behov som de har. Det är självklart om man vårdas på en intensivvårdsavdelning eller inom neurokirurgin eller om man har svårt sjuka barn. Det måste vara lika självklart för den som är äldre.

Vårdmiljön ska präglas av kunskap. Det är självklart. Det betyder också att den kunskap som finns i samhället och den kunskap som finns på våra universitet och högskolor på ett bättre sätt måste komma ut i vården så att alla som arbetar i vården får tillgång till best practice. Om man kan göra det allra bästa kommer man också att kunna använda tiden smartare och få mer gjort.

Det handlar också om att driva kunskapsutvecklingen. I vården av äldre måste det också finnas system och resurser för att ständigt kunna utveckla vården och pröva det man gör för att kunna dra slutsatser och se om man gör det på bästa sätt eller om man kan bli ännu bättre. Då behövs också den specialistutbildade personalgruppen, till exempel sjuksköterskor, paramedicinare och andra som behöver specialisera sig på just det här området för att kunna stärka kunskapsutvecklingen och driva den framåt.

Det handlar också om att kunna rekrytera till verksamheten. Då handlar det om att kunna konkurrera med andra aktörer på arbetsmarknaden. Ett sätt att ändra status, att se äldrevården som en viktig del i samhället, är också att se över lönesättningen och lönesystemet. Att höja lönerna för

kvinnorna i välfärdssektorn tror vi är oerhört strategiskt för att man ska kunna rekrytera och visa att det här är kunskap som är viktig och som behövs och att vi ska satsa på den för framtiden.

Äldre finns inte bara på särskilda boenden, utan de finns på andra ställen i vårdens system och kan behöva komma på andra institutioner. För det behövs en bättre sammanhållning av vården. Övergångsställena i vården måste fungera så att det inte skapas risker för individen. Det har också tagits upp i dag att det, när man vårdas på ett äldreboende eller ett särskilt boende som drivs av ett privat företag eller kommunalt företag, finns problem med att få tillgång till uppgifter om individen som kan vara viktiga att ta del av för att kunna bedriva en tillräckligt bra vård.

Vi tycker också att dokumentationen behöver förbättras. Det får inte vara skillnad på den dokumentation som görs utifrån socialtjänstlagen jämfört med den dokumentation som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det behövs självfallet också en mer säker läkemedelshantering. Där finns det oerhört mycket att göra. Det finns jättemycket kunskap att sprida vidare och implementera i praktiken i verksamheten.

Det finns vårdlotsar på en del ställen i landet. Vi säger att det är ett bra sätt för vårdtagare med stora behov att få stöd för att hitta rätt. Men vi tror också att det kanske bara är ett övergångsproblem som vi behöver tills vi har fått en vård som är tillräckligt bra för att man inte ska behöva en särskild lots för att hitta rätt.

Hälsa och helhet är vårt grundfundament för vården. Vi menar att utifrån ett hälso- och helhetsperspektiv kan vi också få ett bättre förhållningssätt, ett annat förhållningssätt, och skapa en annan kultur. Allting går inte att bota, men det går ändå att ta hand om människan. Det finns alltid ett uns av hälsa att upprätthålla.

Jag vill sluta med att säga att det behövs mer kunskap.

Mats Thorslund, Karolinska Institutet (bilder, se s. 135–145): Tack för att jag får chans att berätta lite om det som jag vet! Den svenska äldreomsorgen har mycket höga ambitioner sett i ett internationellt perspektiv. Det har funnits politisk enighet om det, men det är ett komplext och otydligt uppdrag. Det är otydliga ambitioner. Vi har en socialtjänstlag som kom till 1982. Den stadgar i allt väsentligt att kommunerna ska tillgodose befolkningens behov utan definition av vad behov innebär. Vi har sett över tid hur den här behovsdefinitionen ändras. Det som var ett självklart behov 1982 när lagen kom till betraktas inte alls som behov i dag. Vi ser också att kommunerna kan ha olika behovsbedömningar. Det kan vara tre gånger så stor chans att få en plats i äldreomsorgen i vissa kommuner som i andra. Uppenbarligen tillämpar man det här på helt olika sätt.

Det som diskuteras är ofta otydliga, abstrakta begrepp som värdegrund, värdighet, välbefinnande, helhetssyn, autonomi och så vidare. Vem kan vara emot det? Det är abstrakt. Hur vet vi hur vi ska upphandla sådant här? Hur vet vi att man håller det man lovat? Hur mäter man? Det har blivit lite halvsvåra uppföljningar som Socialstyrelsen gör i termer av nöjd-

het. Man frågar hur nöjd man är med hur ofta man får komma ut i stället för att fråga hur ofta man får komma ut. Det är ett utvecklingsarbete som pågår.

Låt mig ta upp lite fundamenta här. Det här är utvecklingen när det gäller antalet äldre personer i befolkningen från 1960 och fram till nu. Vi ser att vi har haft en drastisk utveckling. Det är inget nytt. Var det bättre förr? Ja, det var i alla fall lättare att bedriva äldreomsorg för det fanns inte så många att ta hand om. På den här tiden hade vi 40 hundraåringar, 12 män och 28 kvinnor. Nu har vi nästan 1 000. Hur kul är det? 60 procent av dessa 1 000 hundraåringar bor på särskilt boende. Är det en framgångssaga eller inte att fler får chansen att leva länge?

Här är utvecklingen när det gäller hemhjälp. Före 1960-talet var det frivilligorganisationer i form av Röda Korset som stod för den, och sedan togs det över av kommunerna. Vi ser alltså en häftig utveckling under 60- och 70-talet när det gäller antalet personer som får hemhjälp. Sedan ser vi en ordentlig minskning. Det har inte varit någon besparing penningmässigt, utan de som får får mer. I allt väsentligt innebär det att det är svårare att få hemhjälp i dag än tidigare.

Här har vi de särskilda boendena. Vi ser en svag utveckling som har avstannat. Det är som ett gap relativt hur många äldre vi har i befolkningen. Det har blivit svårare att få en plats i särskilt boende. Man kommer senare. I klartext betyder det här att vårdtyngden på våra särskilda boenden har ökat utan att bemanningen har hängt med.

En sådan här tidningsrubrik, "Ska bara dementa få vård i framtiden", är en helt relevant fråga om vi utgår ifrån hur trenderna har varit. Vi har i dag 90 000 platser på de särskilda boendena. Av dessa 90 000 platser uppskattar man att ungefär 60 000 bebos av dementa personer. Vi har ungefär 30 000 platser i särskilda boenden som är avsedda för just dementa äldre, vilket innebär att vi har en stor grupp dementa personer som bor på ett särskilt boende som inte är avsett för dementa. Dem som vi har tappat totalt är personer med psykiska problem. De som hade existentiella problem, ångest, oro eller depression kunde förr få en plats på ett ålderdomshem. I dag har personer med sådana behov sällan möjlighet att få plats.

Antalet dementa verkar inte minska framöver, och de dementa prioriteras för särskilt boende. Är man ensamboende och har en viss demensgrad kan man inte klara sig själv. Man måste ha någon som bor med en, och hemhjälpen bor inte med de äldre.

Är man ensamboende och dement åker man in; det är den självklara prioriteringen. Antalet dementa kommer att öka. Det innebär att man kan vara hur fysiskt skröplig som helst, men så länge huvudet är klart är det svårt att få en plats.

Den nedersta raden visar platser inom akutsjukvården. Det är inte bara i geriatriken det har minskat, utan det har varit neddragningar i de flesta typer av medicinsk vård. Det är svårt att komma in, och har man väl kom-

mit in åker man ut ganska fort. Som lekman kan man tycka att många av de som åker ut borde åka in. En konsekvens är att hemhjälp i stället ofta får dem i knät.

Man kan sammanfatta utvecklingen i en ålderstrappa. Bland äldregrupperna representerar det fågelskådande äldre paret på bilden den så kallade tredje åldern. Det är framgångssagan inom gerontologin. Det är fler personer som efter sin pension kan leva friska i 10–15 år. Denna grupp har dock aldrig varit aktuell för äldreomsorg. På nästa trappsteg ser vi en dam med kotkompression med mera. Förr i tiden kunde dessa damer räkna med att få hemhjälp; det kan de nästan glömma i dag. Ytterligare ett trappsteg ned sitter en dam i en fätölj. Hemmet har blivit ett fängelse; man kommer inte ut utan hjälp. Vid socialtjänstlagens tillkomst på 80-talet kunde denna dam räkna med att få en plats i särskilt boende. Är hon klar i huvudet kan hon i dag glömma särskilt boende; det är hemhjälp som gäller. Är hon ensamboende och dement blir det särskilt boende.

När det gäller hälsoutvecklingen kunde man förr i tiden, för 30–40 år sedan, hoppa från fågelskådning till död. Framgången inom det svenska samhället och i övriga välfärdsstater är att man nu för tiden sällan dör innan man blir gammal. Vi klarar oss från stroke och hjärtinfarkter. Det betyder i klartext att vi alla bör räkna med att genomleva de sista trappstegen. Det är inte otur utan snarare kanske tur om vi i dag får hoppa från fågelskådning till döden.

När det gäller dagens problem i termer av bristen på resurser är det, som vi redan varit inne på, brist på platser. Det är också brist i bemanning och ledarskap. På Äldrecentrum har vi på uppdrag av Stockholms kommun försökt beräkna vad som är en korrekt minimibemanning givet de kriterier som Stockholms stad har satt upp i upphandlingen. Vi har försökt räkna ut vad det skulle innebära att göra som Stockholms stad kräver av sina entreprenörer vid upphandlingen när det gäller hur det ska gå till vid maten, chansen att få komma ut, att få rätt antal minuter med sin kontaktperson och så vidare. Vår bedömning är att underbemanningen på demensboendena i Stockholm ligger på 10–20 procent om man vill uppfylla det som Stockholms stad har ställt upp.

Det är också avsaknad av ledarskap. SKL har räknat ut att varje chef inom äldreomsorgen i genomsnitt är chef för 50 personer. Det är oacceptabelt inom de flesta branscher, möjligtvis inte i äldreomsorgen. Men det blir fel. På många ställen saknas en närvarande chef som kan hjälpa till i svåra prioriteringssituationer, korrigera, ge feedback och implementera värdegrund.

Vi har fått ett gap mellan antalet äldre i befolkningen och resurserna. Efter expansionen har man prövat alla möjliga saker, bland annat samarbete, omorganisationer, omsorgsformer. Det finns en hel lista som jag inte har tid att gå in på. Det mesta av detta är obeforskat. Vi vet inte säkert vad det har fått för konsekvenser, men min slutsats är att med så mycket

ansträngningar, tankar och försök har vi ändå trimmat äldreomsorgen. Genom nya smarta grejer finns det inte många luftfickor kvar. Det behövs dock fortfarande omorganisationer för att ta hand om multisjuka personer.

När det gäller kostnaderna är det mörkblå på bilden kostnaden för sjukhusvården och det ljusblå kommunernas kostnader. Det lilla gröna strecket är primärvården. Primärvården finns nästan inte med. Primärvården skulle kunna öka tre fyra gånger utan att det skulle spräcka några budgetar.

Vad kommer att hända med befolkningsutvecklingen i förlängningen? Den drar i väg, vilket inte är något nytt, och är en ganska säker prognos. Men ska våra resurser följa med krävs krafttag. Det kommer inte att räcka med att peta i detaljerna. Räknar man fram detta rätt över behöver vi 60–70 procent mer resurser till 2040 bara på grund av demografin. Ska vi sedan uppfylla de kvalitetskriterier vi har bestämt och se till att det blir tillräckligt många chefer behöver vi fördubbla kostnaderna för äldreomsorgen till 2040. En osäker faktor är vad det innebär att vi får fler utbildade. Kan de högutbildade vara säkra på att få dö knall och fall eller kommer de tvärtom att leva längre innan de dör? Får vi antibiotikaresistens blir situationen lättare, för då dör sannolikt de mest sjuka och skröpliga tidigare.

Marta Szebehely, Stockholms universitet (bilder, se s. 145–149): Jag tackar för möjligheten att försöka ge ett forskningsbaserat svar på den fråga jag har ställt i min rubrik: Vad innebär minskande resurser och konkurrensutsättning för äldreomsorgens kvalitet?

De minskande resurserna för äldreomsorgen är en inte alldeles ny historia. Det började under 90-talet. Visserligen ökade de offentliga resurserna med 5 procent, men antalet 80 år och äldre i befolkningen ökade med 22 procent. Relaterat till äldre i befolkningen var det alltså en minskning. Under 2000-talet minskade de facto de offentliga resurserna samtidigt som antalet äldre fortsatte att öka – inte lika snabbt men återigen en påtaglig minskning av resurser per 80-plus i befolkningen.

Detta får konsekvenser. En första konsekvens är att det är färre äldre som får del av den offentliga äldreomsorgen. Det beror inte på att de har blivit friskare. Talar vi om andelen 80 år och äldre med insatser i ett 30-årigt perspektiv minskade hemtjänsten från 34 till 23 procent, inte under senaste decenniet utan under en tidigare period. Även under 2000-talet minskade de offentliga resurserna per 80-plus i befolkningen.

Det får i sin tur konsekvenser. Vi kan se en viss ökning av privat köpt hjälp. Det gäller inte för alla äldre och inte för dem med störst behov utan för äldre med hög utbildning och lite mindre behov.

Den stora förändringen är att anhörighjälpen har ökat. Det är framför allt döttrarnas insatser som har ökat och detta bland äldre med låg utbildning, inte med hög utbildning. Vi vet att även i Sverige påverkas medelålders kvinnors förvärvsarbete av att ge anhängigomsorg. Blickar vi ut i Europa finns ett tydligt samband mellan hur stor andel av BNP man lägger på äldreomsorg och hur stor andel av medelålders kvinnor som förvärvsarbetar.

Detta leder fram till en av mina käpphästar: Vi måste sluta se äldreomsorg som enbart en kostnad. Det är en del av den sociala infrastrukturen. På samma sätt som vägar är viktiga för oss alla är äldreomsorgen viktig även för den som inte just nu behöver den. Vi kan åldras med tillförsikt om vi vet att det finns en god äldreomsorg när vi blir gamla. Vi kan fokusera på vårt arbete även när vi har föräldrar som behöver omsorg. Det påverkar också skattebasen. Ju fler som kan jobba, desto mer pengar finns att fördela.

När det gäller konkurrensutsättningen är i dag ungefär var femte plats i äldreboende och var femte hemtjänsttimme i privat regi. Det är en ökning från ca 3 procent vid 90-talets början. De icke vinstsyftande organisationerna som stiftelser och kooperativ utgör oförändrat ungefär 3 procent av äldreomsorgen. Det är stora kommunala skillnader. I fler än hälften av kommunerna är allt i kommunal regi, och i vissa kommuner är mer än 80 procent i privat regi.

I en internationell jämförelse är den svenska äldreomsorgen en attraktiv marknad. Det beror på den generösa finansieringen men också på att vi har ovanligt låg grad av reglering och kontroll. Det har lett till att vi har en stark koncentration. De två största aktörerna har halva den privata marknaden. Det finns såvitt jag vet inget annat land som har lika stark koncentration. Vi har också högre närvaro av riskkapitalbolag inom äldreomsorgen än något annat land. Det beror till stor del på att anbudskonkurrensen har gynnat de stora. Den som har mycket muskler kan lägga ett underbud för att komma in på marknaden. Man har också en hel stab som kan formulera övertygande upphandlingsdokument vad gäller att utlova god kvalitet. Man har jurister och pr-stab. Det har inte gynnat de små privata och inte heller de icke vinstsyftande.

När det gäller konkurrensens konsekvenser för kvalitet vet man inte så hemskt mycket, men en del vet man. Kvalitet är ett svårt begrepp och inget entydigt begrepp. Forskningen om äldreomsorg visar dock att för de gamla är det viktigt med tillräckligt med tid i mötet med personalen, med kontinuitet i mötet med personalen och med flexibilitet i mötet med personalen, att det finns utrymme att påverka situationen här och nu. Det är också en viktig arbetsmiljöfaktor för personalen att kunna ge god omsorg. Personalen måste ha handlingsutrymme när man möter den enskilda äldre.

När det gäller skillnaden mellan privat och offentligt, vinstsyftande och icke vinstsyftande, finns det internationell forskning som visar att vinstsyftande äldreboenden har ungefär 10 procent lägre personaltäthet. Det är framför allt de stora vinstsyftande som har en lägre personaltäthet, inte de små. Svensk forskning skiljer bara på offentlig och icke offentlig och visar ungefär samma sak. Vi har ingen svensk forskning som har skilt ut vinstsyftande från icke vinstsyftande.

Det finns också internationell forskning som visar ett klart samband mellan lägre personaltäthet och kvalitet, bland annat vad gäller liggsår. Den visar också att det är vanligare med dålig kvalitet i vinstsyftande. Det ska tilläggas att det är stora skillnader både inom offentligt och privat. Detta är statistiska genomsnittliga skillnader.

När det gäller nöjd-kund-mätningar i Sverige finns det inga stora skillnader, och de som finns pekar åt olika håll. Vissa visar att det är lite bättre i det privata; andra visar att det är lite bättre i det offentliga. Stockholm som införde kundval 2002 har över tid haft en något minskad kundnöjdhet med hemtjänst. I de senaste siffrorna finns det ingen skillnad i kundnöjdhet mellan Stockholm som har 60 procent privat och Göteborg som har 0 procent privat. Det beror helt enkelt på andra frågor än om det är offentligt eller privat. Det finns dock inga tecken på att det har blivit bättre med konkurrensutsättning.

Vad gäller brukarinflytande genom kundval var en av förhoppningarna bakom införandet av LOV att konkurrensen och möjligheten till val och omval skulle stärka den enskildes inflytande och ge ökad kvalitet. Dessutom skulle det motverka oligopol. Forskningen visar att äldre självklart vill kunna påverka sin hjälp i vardagen. Man vill kunna styra vad man vill ha hjälp med vid ett givet tillfälle, hur denna hjälp ska ges och av vilken person. Det är dock långt ifrån alla som vill eller kan välja utförare, och en hel del gamla upplever det som ett stressmoment – särskilt i en stad som Stockholm där man har hundra att välja mellan.

Det är få som byter. Fyra procent av dem som haft möjlighet att byta har bytt utförare. Vart femte sådant byte beror på att företaget har upphört, vilket är ett problem utifrån att kontinuitet är kvalitet. Detta beror på att priset för att byta, för exit, är för högt. Det har med kontinuitet att göra. Man vet vad man har men vet inte vad man får. Detta ställer till en del problem för de äldres inflytande i vardagen. Om man klagar och får till svar att man ska byta om man inte är nöjd fast man vill att fel och brister ska åtgärdas är det en risk att kundvalet, trots goda intentioner, i praktiken minskar inflytandet.

Det finns olika vägar att öka de äldres inflytande. Den ena är att låta dem välja mellan utförare; den andra är att ge dem möjlighet att påverka vad, hur och av vem. Det är viktigt att utnyttja de så kallade naturliga experimenten, det vill säga de skillnader som finns mellan kommuner i dag, för att i grunden analysera under vilka former de äldre får mer att säga till om i sin vardag.

Min sista punkt handlar om välfärdens fördelning, det vill säga de jämlikhetsambitioner som finns i vår lagstiftning. När det gäller kundval är det ganska tydligt att högutbildade äldre har lättare att ta till sig information. De har också oftare högutbildade anhöriga som kan hjälpa dem att orientera sig och hitta de bästa utförarna.

Det som många internationella forskare har lyft fram är: Vad händer om medelklassens vassa armbågar försvinner från en verksamhet? Kommer den på sikt att bli sämre? Det finns mycket som tyder på det.

Det finns vinnare och förlorare i ett kundvalssystem. Stat och kommun har ett stort ansvar för att se till att anbudsupphandling inte gynnar pseudokvalitet, det vill säga att utföraren lovar god kvalitet men inte håller det. Det betyder också att man måste följa upp utlovade insatsers kvalitet. Man kan inte lita på att de äldre röstar med fötterna. Här finns dock ett bekymmer. Ropar man på striktare styrning och kontroll kan det leda till en detaljreglering och fokus på det mätbara, vilket kan hota omsorgskvalitet som mycket handlar om flexibilitet. Det behövs mer resurser.

Yngve Gustafson, Umeå universitet (bilder, se s. 150–171): Det är trevligt att komma hit och tala inför ett auditorium där hälften kommer att drabbas av demens.

För att kunna ta hand om äldre måste vi ha kunskaper om det normala åldrandet, för annars har vi inte en chans att förstå det sjuka åldrandet. I dag behandlar vi urinvägsinfektioner som orsakar förvirring med psykofarmaka, och det är inte adekvat behandling. Vi måste veta vad förutsättningarna är för att behandla äldre människor.

Jag har ett omfattande material som kommer att finnas kvar som dokument för åhörarna. Jag visar samma sak som Mats: Det är en enorm ökning av de allra äldsta. Vi har hört rapporter om att gamla blir friskare, men gamla blir också sjukare. Vi har en utveckling som pågår samtidigt. Unga äldre blir allt friskare; en större andel gamla äldre blir sjuka.

Den största förändringen är andelen som drabbas av demens. Det är den medicinska paradoxen: Eftersom vi behandlar hjärtsjukdom får hälften av er chansen att bli dementa. Blir ni inte dementa blir ni deprimerade.

Man säger att man saknar kunskaper. Under en tioårsperiod har vi följt de allra äldsta i Västerbotten, och vi ser att de blir sjukare och sjukare.

Depressioner är den största utmaningen för framtiden. Det har WHO också konstaterat. Från 2030 är depressioner det mest kostsamma och största lidandet i världen. I dag ligger det på tredje plats, men om 20 år är det den största utmaningen för oss.

I dag svälter 20 procent av de äldsta i Sverige ihjäl. Hälften av dem som är över 85 år har en kognitiv nedsättning. Alla är inte dementa, men de har en kognitiv nedsättning.

Ett av de stora problemen i äldreården är att vi inte behandlar gamla människor med hög kvalitet. Vi behandlar symtom i stället för att ta reda på vad deras symtom beror på. En gammal människa som sover dåligt får sömnmedel. En gammal människa som är förvirrad får lugnande mediciner i stället för att man tar reda på orsaken.

I en kanadensisk studie visas att 16 000 demenssjuka människor som drabbades av förvirringstillstånd, oro och aggressivitet gavs psykofarmaka. Inom en månad var fyra gånger fler antingen döda eller inlagda på sjukhus

med allvarliga medicinska komplikationer som var orsaken till deras psykiska problem. Man satte in en behandling som fyrdubblade risken att få stroke och som var potentiellt dödlig för patienten.

Den vanligaste orsaken till att gamla människor hamnar på sjukhus i Sverige är att de får olämpliga och felaktiga läkemedel. Det är en skam, och problemet har blivit större. Vanligast är att doserna är för höga. Det handlar i stort sett enbart om bristfällig kunskap och utbildning; man har inte ens kunskap om hur man doserar läkemedel till äldre. Enligt Socialstyrelsen får de dessutom olämpliga läkemedel. På tredje plats kommer att de får för många i olämplig kombination.

När vi tittar på de studier som är gjorda i Sverige har andelen som läggs in på grund av läkemedelsbiverkningar fördubblats på 20 år. Vi behandlar en massa åldrandeproblem med medicinering som inte är utprövat för äldre. En av de största bristerna i äldreomsorgen, hemsjukvården och akutsjukvården är att den läkare som sätter in behandling i princip aldrig följer upp och utvärderar effekten. Det är det största problemet när det gäller den bristfälliga kvaliteten.

Man måste göra en utredning av orsaken till patientens symtom. De ställen där man får mest läkemedel i Sverige är på äldreboenden, och där har vi ofta den bristfälligaste kompetensen när det gäller att utreda symtom hos gamla. Detta måste man alltid göra och inte behandla symtomen med psykofarmaka. Man måste prioritera de viktigaste behandlingarna, och man måste följa upp effekter och biverkningar.

Jag skulle kunna tala hur länge som helst om att kvinnor alltid får sämre behandling. Det är skrämmande att det fortfarande är så i Sverige. Det gäller i alla avseenden. I åldrarna över 80 har lika många kvinnor och män hjärt-kärlsjukdom. Tre gånger så många män får behandling med nya kranskärl för en kvarts miljon; kvinnorna får billig nitroglycerin. Detta leder å andra sidan till att männen får större chans att drabbas av demens.

Under 2000-talet ser vi en 40-procentig ökning av demens hos dem över 85 år. Vi har en 25-procentig ökning av depressioner, och en femtedel har haft stroke. Detta innebär att vi har en helt ny grupp multisjuka äldre människor som behöver mycket högre kompetens i omhändertagandet. Därför är det en anomali att sjukvård och äldreomsorg är skild åt i Sverige i dag.

Det handlar också om att sjukvården inte tar sitt ansvar för denna grupp människor. Kjell Asplund, undertecknad och några till har gjort en studie där vi visade att om sjukvården ger äldre en god kvalitet i vården får man kortare vårdtider. Man halverar den andel som kommunen behöver ha på äldreboenden. Om landstinget bedriver vård av hög kvalitet och med kompetens kring vård av äldre blir det billigare för samhället, både för landstingens vård och för kommunernas vård.

Jag är geriatriker. Men det behöver inte vara geriatrisk verksamhet. Vi åkte till Sundsvall och utbildade all personal på en avdelning, och sedan lottade vi patienterna. Vårdtiderna kortades med 30 procent, mortaliteten reducerades med 75 procent och förvirringstillstånden gick över på halva tiden.

Det finns ett massivt vetenskapligt underlag för att högre kvalitet i vården av gamla människor ger fler som kan återvända hem, fler som kan bo kvar hemma, minskad risk för institutionalisering och minskad risk för försämring och död.

Det sämsta stället gamla människor från äldreboenden kan hamna på är akutmottagningen. De drabbas av massor av komplikationer i onödan. Talar vi om patientsäkerhet i sjukvården handlar det nästan enbart om de gamla sköra patienterna. De står för 80 procent av fallolyckorna och en stor del av de allvarliga infektionerna och dödsfallen. Här har vi den bristfälliga kvaliteten. Här vanvårdas svartepetter. Man är inte intresserad av den här gruppen människor, varken i primärvården eller i akutsjukvården.

Försvarsdepartementet har ansvaret för fallprevention. Fallskadorna har ökat med 50 procent under 2000-talet. Försvarsdepartementet är nog inte det lämpligaste departementet att förebygga fallolyckor hos äldre.

Som gammal blir man förvirrad när man får en urinvägsinfektion och får felaktiga läkemedel. Har vårdpersonalen inte kunskap om detta får de äldre fel utredning och fel behandling.

Vi gjorde en studie i Umeå där vi lottade patienter till ortopederna eller inte. Ortopederna gillar att operera höfter, men de gillar inte gamla förvirrade patienter. Vad hände? Färre blev förvirrade. Förvirringstillstånden gick över. Man minskade fallolyckorna med mer än två tredjedelar. Man halverade nästan förekomsten av urinvägsinfektioner och trycksår.

Precis som Socialstyrelsen visade vi att det fortfarande är alldeles för mycket vanvård på äldreboenden. Men problemen är lika stora inom akutsjukvården av äldre och i hemsjukvården hos äldre. För höftpatienterna blev vårdtiden betydligt kortare, och ett år senare kunde tre gånger fler gå självständigt jämfört med om de legat på ortopederna.

Det handlar också om att använda kompetens och teamarbete i den kommunala äldrevården. Vi gjorde detta för att förebygga fallolyckor. Det minskade fallolyckorna med 50 procent och höftfrakturerna med 77 procent. Det finns kunskap och sätt att arbeta för att minska dessa onödiga kostnader.

Presentationen innehåller också ett tiopunktsprogram som ni kan få ta del av och som kommer att lösa alla problem. Vi kommer inte att behöva spara pengar på många år om vi ökar kvaliteten, vilket leder till minskade kostnader för både kommuner och landsting.

Wilhelmina Hoffman, Svenskt demenscentrum (bilder, se s. 172–174): Herr ordförande och mina damer och herrar! Det är en stor glädje att få vara här i dessa tider när man tittar på äldreomsorgen och vad vi tillsammans som organisationer och myndigheter kan göra. Jag är därför glad över att

vara här i dag och representera Svenskt demenscentrum. Det jag kommer att tala om är vad nästan alla andra redan har nämnt, och på något sätt säger det att vi har en samsyn i dessa frågor.

Redan 2001 fanns en SOU som tog upp tre viktiga delar för hur man kan skapa kvalitet inom vården. Det vi har hört i dag handlar om ledarskapet och hur otroligt viktigt det är inom alla delar av omsorgen och sjukvården. Vi talar om värdegrund, och vi har hört uttryck som kultur och attityder. Allt detta hänger samman.

Vi har hört flera som har talat om behovet av att det ska finnas utbildade medarbetare på alla nivåer. År 2009 var vi här och talade också då om hur vi kan uppnå kvalitet i äldrevården. Vi hade tittat på hur det såg ut med utbildning inom gerontologi, geriatrik och specifik demens i grundvårdutbildningarna, och det såg inte bra ut. I dagsläget är det inte bättre. Vi ser fram emot en utveckling inom detta område.

Vi är tacksamma över att det kommer allmänna råd och föreskrifter. Socialstyrelsen har gjort ett bra arbete med att ta fram en hel del olika utredningar, bland annat riktlinjerna inom demensområdet. Det har precis publicerats allmänna råd om vilken kunskap omvårdnadspersonal inom socialtjänsten bör ha för att kunna förmedla den bästa vårdkvaliteten.

Vi har hört att det behövs resurser på alla nivåer. Det behövs kloka resurser. Det behövs självklart platser. Det behövs tillräckligt antal medarbetare på alla nivåer för att möta behoven. Det behövs riktigt bra utbildade medarbetare.

Det behövs en struktur och en organisation. Det behövs struktur för att följa upp allt det som vi har hört att det är problem med. Vi vill vara delaktiga i utvecklingen av en god och stark äldrevård som vi faktiskt inte ska vara rädda för att hamna i.

Vi kan blunda här inne. Men man kan inte blunda ute i de särskilda vård- och omsorgsboendena när man har personer med demenssjukdom som riskerar att fara illa på grund av allvarlig kognitiv sjukdom.

Vi har varit med om att ta fram en rapport tillsammans med hela landets expertis, och vi ser att det behövs en lagreglering inom området gällande skydd och begränsning. Paradoxen är att en lagreglering kan minska behovet av tvång och begränsningsåtgärder. Det har man sett i bland annat Norge och England där man har lagreglerat i dessa frågor. Detta är något som under strikta regler aldrig någonsin skulle kunna användas för att motivera en låg bemanning, dåligt utbildade medarbetare eller en dålig miljö.

Svenskt demenscentrum är ett nationellt kompetenscentrum som funnits sedan 2008. Vi forskar inte. Vi fungerar som en intermediär mellan myndigheter, organisationer, utbildningsväsende, akademier, FoU-enheter, vård och omsorg, intresseorganisationer och allmänhet. Vårt jobb är att samla, strukturera och ta fram kunskap och information som når ut till allmänheten. Det är mycket viktigt att bygga en stark äldreomsorg där man kan vara demenssjuk.

Jag har själv varit med inom äldreområdet i 30 år, och jag ser att under de senaste 10 åren har kunskapsmängden inom många nivåer beträffande både medicin och omvårdnad vuxit starkt. Vi har sedan 2010 nationella riktlinjer för demensvård och omsorg som omfattar såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. De nationella riktlinjerna utgör utgångsläge för Svenskt demenscentrum eftersom vi därmed kunnat ta fram en nätbaserad utbildning som är avgiftsfri och som alla kan nå. Alla kommuner ute i landet har på så sätt möjlighet att implementera riktlinjerna.

Antalet deltagare i utbildningen ökar för varje dag, och i fredags hade 32 515 personer i landet tagit till sig nationella riktlinjer för demensvård och omsorg. Det ser vi som den absolut lägsta ribban. Det är ingen fullödlig demensutbildning, men vår förhoppning är att det ska öka intresset för mer utbildning. Vi räknar med att vi i vår har nått upp till 50 000 deltagare.

Nu arbetar vi med att ta fram ytterligare avgiftsfria utbildningsmoduler som kommer att ligga på nätet, tillgängliga för alla. Vi har startat med att bygga upp modulen för primärvården. Anledningen är att någonstans måste personer med demens upptäckas på deras sjukdomsresa så att de får en professionell bedömning. Här handlar det om att hjälpa teamet på vårdcentralen — läkaren, sjuksköterskan, arbetsterapeuten, undersköterskan — så att de på ett klokt och bra sätt kan göra en utredning, följa riktlinjerna och redan här jobba med kvalitetsregister så att vi knyter ihop allt det goda som faktiskt finns i vårt land.

Utifrån det vi sett i Norge och andra länder där man utbildat anser vi att ju mer utbildning man har, desto större chans är det att behovet av tvingande åtgärder för den stora, sköra gruppen demenspatienter minskar, även om utbildning inte löser alla problem. Vår förhoppning är att de övriga modulerna som handlar om hemtjänst, särskilt vård- och omsorgsboende, biståndshandläggning och akutsjukvård samt anhörigvård ska kunna komplettera den goda utveckling som vi tillsammans får jobba för att skapa. Vi är inte riktigt i hamn ännu, men vi har goda förutsättningar.

Ordföranden: Därmed har vi lyssnat på alla föredragandena. Vi är något försenade. Vi har 13 frågeställare och 25 minuter på oss. Min ambition är att vi ska hinna med alla, och därför kommer jag att be frågeställarna att, fyra och fyra, ställa en kort fråga och även be de svarande att ge ett kort svar, maximalt en minut per fråga och svar.

Catharina Bråkenhielm (S): Herr ordförande! Min fråga går till Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen, som i sin föredragning och i de öppna jämförelserna visar att det är bedrövliga och oacceptabla skillnader i omsorgen om våra äldre alltifrån den mat de får till smärtlindring i slutet av livet. Kommunerna är mycket rädda om det kommunala självstyret, vilket jag ser som ett stort problem. Man sluter sig i sina enheter och anser att man har en bra äldreomsorg. Vad anser Lars-Erik Holm vara det viktigaste beslutet eller den viktigaste åtgärden för att komma till rätta med detta, så att man minskar på de stora skillnaderna som han redovisade i sin föredragning?

Anders W Jonsson (C): Min fråga går till Staffan Werme. Vårdförbundet har sagt att individens behov ska styra äldreomsorgen. Demensförbundet vill att vi ska ha nationell lagstiftning om bemanningstal. Anser SKL att nationella riktlinjer om bemanning, där man tvingar kommuner att fastställa lokala bemanningstal, skulle förbättra möjligheterna att få kvalitet i äldreomsorgen?

Agneta Luttröpp (MP): Min fråga går till Vårdföretagarna. Det är många som berättat att det just är bemanning man behöver, alltså antal. Man behöver ha siffror på det. Vad anser Vårdföretagarna om detta? Behöver kommunerna utarbeta riktlinjerna för bemanning? Det har, som sagt, kommit fram från flera håll.

Margareta B Kjellin (M): Min fråga går till Lars-Erik Holm. Det var en diskussion om uppföljning och kommunernas ansvar att följa upp verksamheten. Du beskriver att när ni "tillsynar" kommunerna saknas det uppföljning från kommunal sida. Vi fick en lite annan bild från SKL, men vad är din bild av hur mycket som måste göras?

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen: Den viktigaste åtgärden, som jag ser det, är att vi nu tar fram föreskrifter och allmänna råd om det här. Vi har numera fått ett bemyndigande att göra det, vilket vi inte hade tidigare. De föreskrifterna kommer att tydliggöra kraven för nämnderna som är ansvariga men också för verksamhetsutövarna. Det är den viktigaste åtgärden. Där kommer vi tillbaka, återigen, till nämndernas ansvar, att de måste ta ett ansvar för varje enskild utifrån socialtjänstlagens paragrafer och därmed också följa upp varje enskild individ. Nämnden kan inte nöja sig med bara en uppföljning på aggregerad nivå en gång om året eftersom många hinner dö under den tiden. Man måste ha regelbunden uppföljning av varje individ. Nämnden ska ha koll på läget, oavsett vem som är utförare.

Staffan Werme, Sveriges Kommuner och Landsting: SKL har ingen bestämd uppfattning vad gäller bemanning och nationella bestämmande riktlinjer. Det finns i huvudsak två risker med det. Det ena är att det inte blir den individualisering som de flesta vårdboende behöver ha. Varje människa med demenssjukdom behöver ha en individuell bedömning, och det finns en risk att man generaliserar bemanningen i det läget. Det andra är att om man ska ha bestämmande riktlinjer om bemanning riskerar det som man kanske tycker borde vara ett golv att bli ett tak.

Vad handlar detta om? Är det så att en siffra blir det som vi ska sätta dit? Är det det som är bestämmande? Risken är uppenbar, framför allt om man har en krympande ekonomi och besvärligheter att placera ännu mer pengar inom vård och omsorg, att en god tanke blir ett dåligt genomförande.

Siv Nordqvist, Vårdföretagarna: Beträffande riktlinjer för bemanningskrav på kommunal nivå instämmer jag i delar i det du säger, men jag vill säga att ute i landet har kommunerna i vissa upphandlingar bestämt nivån. I de kommuner där man gjort kloka och bra upphandlingar har man dessutom span på bemanningsfrågorna i de egna verksamheterna.

Eva Olofsson (V): Jag ställer min fråga till Stina-Clara Hjulström. Om vi nu får bemanningskriterier som tydliggör vilken tid det går åt för att få den goda äldreomsorg som det sägs att vi vill ha, vad skulle det innebära för dem som i dag har vård i äldreomsorgen?

Anders Andersson (KD): Jag vill ställa min fråga till Annelie Nordström från Kommunal. Du redovisade en rad intressanta uppgifter. En av de avgörande är hur många av ungdomarna som vill satsa på äldrevården som en del av sitt yrke? I den statistik du redovisade var det ett fall från 18 000 ned till 3 000. Jag såg av diagrammet att det i början av 90-talet var ett fall från 14 000 sökande till 4 000 sökande. Vad var det för misstag vi gjorde när vi förlorade det attraktionsvärde som fanns tidigare?

Lennart Axelsson (S): Lars-Erik Holm från Socialstyrelsen sade att kvalitet kan handla om att det tar tio minuter att bli avspolad eller trettio minuter att få hjälp med att duscha. Många har vittnat om behovet av fler välutbildade händer i vården. Min fråga till Marta Szebehely från Stockholms universitet är om det med den bilden finns någon anledning att vi ska fortsätta att tillåta vinstdrivna företag inom äldreomsorgen.

Maria Lundqvist-Brömster (FP): Ordförande! Jag tackar för bra föredragningar. De är mycket intressanta och angelägna. I dag kom ett pressmeddelande från Socialstyrelsen med rubriken Stora brister i vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Därför skulle jag vilja ställa en fråga till Yngve Gustafson. Trots lagstiftningen – hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och också annan lagstiftning – finns det alltså brister i läkemedelsförskrivningen och i individuell planering och fast vårdkontakt. Vad skulle du, Yngve Gustafson, vilja ge för råd till politikerna, på alla nivåer, för att komma till rätta med detta? Vi såg i ett av diagrammen att primärvården spelat liten roll.

Stina-Clara Hjulström, Demensförbundet: Det skulle betyda oerhört mycket för de berörda om man fick mer personal och det blev fastställt. För att tala klartext: Det finns för lite personal. Punkt slut. Det gör att de äldre inte kan gå på toaletten, får sitta ensamma framför tv:n och dö. Alla dessa skandaler beror till stor del på det, och naturligtvis också på mycket annat. Det är dock en av de saker som skulle förbättra för de äldre.

Annelie Nordström, Svenska Kommunalarbetsförbundet: Det var två saker som hände de där åren då det blev det riktigt stora fallet. Det ena var att man på de flesta ställen i landet valde att flytta på vårdutbildningen. Från att landstingen hade den i sin regi flyttades den över till den kommunala yrkesutbildningen. Det som då också hände, om vi ska vara alldeles ärliga, var att arbetsgivarnas engagemang i utbildningen drastiskt minskade. När det var landstingsdrivna yrkesutbildningar fanns det särskilda personer på skolorna som var med eleverna ute på arbetsplatserna. Engagemanget minskade alltså drastiskt från arbetsgivarnas sida. Det arbetas en del med att återupprätta det, men där finns mycket kvar att göra. Det var det ena som hände.

Det andra var att när ädelreformen kom blev det ett slags statusförskjutning vad gällde undersköterskans roll; undersköterskan hade helt enkelt högre status tidigare. Den sjönk i samband med ädelreformen. De är nog de viktigaste förklaringarna.

Marta Szebehely, Stockholms universitet: Vinst eller inte vinst i vården är en politisk fråga. Det ska politikerna ta ställning till, inte forskarna. Som forskare vill jag betona att det är viktigt att det finns underlag för att fatta beslut, och det måste finnas statistik. I dag är verksamhetsstatistiken över huvud taget inte uppdelad på vinstsyftande och icke-vinstsyftande utförare. Det vore viktigt. Den uppföljning som måste göras gäller kostnader och kvalitet men också konsekvenser för välfärdens fördelning i förhållande till de jämlikhetspolitiska målen.

Yngve Gustafson, Umeå universitet: Det var en svår fråga jag fick att svara på. Det är väldigt mycket en kulturfråga vad gäller vår syn på äldre. Inom sjukvården är, som vi hört, gamla människor svartepetter. Det är få läkare som är engagerade i och intresserade av att ta hand om äldre. I Umeå har vi sett att när geriatriker sköter äldreboendena, alltså läkare som är intresserade av och har kompetens beträffande äldre, minskar inläggningarna på akuten med mellan 80 och 90 procent. Höjer man kvaliteten blir det mer kostnadseffektivt, och de gamla får en bättre behandling. Ett av de grundläggande problemen är att vi i våra vårdutbildningar har oerhört dålig utbildning beträffande åldrandet. Distriktsläkarna har i dag ingen obligatorisk utbildning om åldrandet, och det syns också att deras intresse för den gruppen är minimalt.

Gunnar Sandberg (S): Tack för mycket intressanta föredragningar! Om inga fler än jag ska överväga att hoppa från fågelåskådningsplatsen har vi väl nått pudelns kärna, nämligen hur vi skapar en långsiktigt hållbar finansiering av den här verksamheten. Vi har inga glasklara förslag från riksdagen. En del vill höja skatterna, men det säger några andra nej till. Ytterligare några vill skapa en egen finansiering. Även det säger några nej till. Jag har ingen direkt fråga men skulle vara tacksam om någon kunde kommentera hur vi skapar finansiering för verksamheten.

Ordföranden: Den punkten får vi nog lämna därhän eftersom det är för allmänt.

Roland Utbult (KD): Jag har en fråga till Annelie Nordström. Det kanske kan komplettera ett tidigare svar eftersom de tangerar varandra. Det gäller ungdomar och att färre söker till omvårdnadsprogrammen på gymnasiet. Man säger att det är låg lön och låg status och man ser det som ett tillfälligt arbete. Du talade också om arbetsformerna. Min fråga är: Hur kommer vi till rätta med den attityd som finns bland unga till arbetet i hemtjänsten och på särskilda boenden?

Per Ramhorn (SD): Ordförande! Jag vill ställa min fråga till Lars-Erik Holm angående kommande föreskrifter och allmänna råd. Om jag minns rätt stod det att inga demenssjuka ska få lämnas utan uppsikt under någon tid på dygnet. Vad innebär det? Min egen erfarenhet av att jobba inom äldreomsorgen på natten är att vi oftast fick springa mellan avdelningarna och hjälpa kolleger. Då lämnades avdelningen tom. Kommer detta, med de allmänna råden, inte att få förekomma framöver?

Isabella Jernbeck (M): Min fråga går till representanterna för Demensförbundet. Det gäller minimibemanning. Ni talade om personcentrerad vård och omsorg och om att utgå från varje person. Personer med diagnosen demenssjukdom är ingen homogen grupp. Min fråga är om ni inte ser några risker eller farhågor med att sätta upp en miniminivå så att kommunen kan luta sig tillbaka och det snarare blir ett tak.

Annelie Nordström, Svenska Kommunalarbetareförbundet: Min uppfattning är att det inte är något fel på ungdomarnas attityd. Det är lika många ungdomar i undersökningarna nu som det alltid har varit som vill arbeta med människor. Ungdomar vill arbeta med äldre och tycker att det är ett bra arbete. Men förutsättningarna för att få ett bra jobb i dessa verksamheter är små eftersom de jobb som erbjuds är på viss tid, det vill säga att man i allmänhet får gå som timvikarie i årtal. Man kan inte försörja sig på ett sådant arbete. Man bjuder alltså in med armbågen till den största arbetsmarknad vi har. Arbetsgivarna har inte riktigt fattat hur de behöver uppträda för att ungdomarna ska uppleva det som en attraktiv bransch. Det är inget fel på ungdomarnas attityd.

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen: Det kommer att bli ett skall-krav att ingen demenssjuk får lämnas utan uppsikt någon tid på dygnet, det vill säga att personalen ska kunna se och höra de dementas behov, och det gör man inte om man befinner sig på en annan avdelning.

Stina-Clara Hjulström, Demensförbundet: Vi ser inga som helst risker med att man inför en minimibemanning. Det vi föreslår – jag tror inte att det är någon enhet som har den bemanningen, i varje fall ytterst få – är en grundbemanning, som man alltid har haft inom vården. Självklart ska man kunna höja den allteftersom behoven växlar. Det är alltså ingenting konstigt med det. Ska vården vara personcentrerad behövs vår bemanning. Som det är nu finns det på många ställen ingen personal alls eller en enda utbildad person på tio demenssjuka. Det är ganska vanligt.

Barbro Westerholm (FP): Jag har en fråga till Lars-Erik Holm. Det är brist på geriatrik överallt. Vad kan vi göra för att få fler geriatriker, fler platser i sjukvården och bättre resurser i primärvården? Det är en stor fråga.

Mats Gerdau (M): Jag vill vända mig till Vårdföretagarna. Hur ser ni på kommunernas krav gentemot era medlemsföretag i den omsorg som ni ska bedriva? Är de tydliga? Är de uppföljnings- och utvärderingsbara? Hur sker uppföljningen och utvärderingen? Finns det bra exempel på det eller är det bristfälligt rakt över?

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen: Jag tycker att staten mycket tydligare borde styra utbildningsinstansernas utbud, det vill säga att universitet och högskolor måste utbilda efter vårdens behov. Så sker inte i dag. Universitet och högskolor har alltför stor frihet att själva undervisa i det som de tycker är intressant. Vården behöver både psykiatriker och geriatriker, och de börjar bli en bristvara. Där går man i otakt. Det är det ena, att staten tydligare pekar ut utbildningsuppdraget för utbildningsinstanserna.

Det andra är att vårdgivarna måste se till att det finns utbildningsplatser och att det finns sluttjänster inom geriatrik, men också inom psykiatri, som är en lika viktig bristvara i det här fallet.

Siv Nordqvist, Vårdföretagarna: Det är väldigt olika över landet. Några kommuner är oerhört detaljstyrda i sina kontroller av verksamheterna. När de tittar på scheman, upphandlingar och liknande värderar de tiondelar av tjänster, och det har då blivit väldigt betydelsefullt. Detta gäller storstäderna. På mindre orter är det snarare så att man har mer rundhanta beskrivningar av god äldreomsorg.

Min uppfattning är att den bästa uppföljningen på kommunal- och enhetsnivå, förutom att sammanställa det material som faktiskt finns och analysera det, är att på de ställen där kommunerna går ut och gör på-platsundersökningar, och dessutom är iförda våra personalkläder, först där kan man se värdegrunder, förhållningssätt och bemötande.

Eva Olofsson (V): Det är tydligt att det behövs mer resurser till äldreomsorgen. Jag vill fråga Marta Szebehely: Vad kan du se kommer att hända när det gäller jämlikhetsmålet lika äldreomsorg för äldre som är lågutbildade och fattiga och äldre som är högutbildade och rika om inte äldreomsorgen får mer resurser?

Margareta B Kjellin (M): Jag har en fråga till Staffan Werme. Det handlar om Senior alert, som är ett bra instrument där det matas in en mängd fakta. Vad händer sedan med alla dessa fakta? Bedriver vi forskning? Ger vi nya föreskrifter? Eller ligger de bara där i en kunskapsbank?

Agneta Luttröpp (MP): Jag vill ställa en fråga till SKL. Jag tycker att många i dag på olika sätt har bekräftat den oroande bilden av äldreomsorgen. Det är därför vi sitter här. Det som oroar mig är att SKL verkar sitta nöjd i båten. Är det något som ni inte är nöjda med eller tycker ni att allt fungerar som det ska?

Anders W Jonsson (C): Jag har en fråga till Socialstyrelsen. Har vi några historiska fakta när det gäller hur många som faktiskt arbetar med den äldre delen av befolkningen, detta med tanke på att de tidigare vårdats av landstingen och numera vårdas av kommunerna, att vi har en ökad andel äldre och så vidare. Finns det hårda fakta om det?

Anders Andersson (KD): Jag vill rikta mig till Yngve Gustafson. Du visade på kunskapens betydelse när det gäller geriatrik. Det fordras ett politiskt tryck, men hur skapar vi intresse bland dina kolleger på läkarsidan för att göra geriatriken till ett högstatusyrke och det framtida yrket?

Maria Lundqvist-Brömster (FP): Jag har en fråga till Annelie Nordström. Vi har fått förklarat varför man inte söker till omvårdnadsprogrammet, att antalet sökande har sjunkit. Kan vi göra någonting med utbildningen? Framtiden ser annorlunda ut inom äldreomsorgen. Har ni inom Kommunal några tankar om det?

Lennart Axelsson (S): Eftersom vetenskapen duckade för min tidigare fråga skulle jag denna gång vilja ställa den till Famna. Kan ni med den erfarenhet ni har av non-profit-verksamhet se om det finns någon dimension som tillför äldreomsorgen någonting genom att tillåta vinstdrivna företag inom verksamheten?

Marta Szebehely, Stockholms universitet: Förutsättningen för att man ska leva upp till de jämlikhetspolitiska målen som finns i lagstiftningen och i politiska dokument är att den offentligt finansierade äldreomsorgen är så god att den är attraktiv för alla sociala grupper. Resurser är en huvudfråga, annars får man en skitad omsorg där de som har råd kommer att toppa med privata lösningar, som ett hot mot den modell vi känner.

Staffan Werme, Sveriges Kommuner och Landsting: Först vad gäller Senior alert. Själva registreringen i Senior alert är en kunskapsökande faktor. Jobbar du med Senior alert har du de fyra kriterier som jag nämnde i mitt anförande som du ska arbeta med. Bara genom att du gör registreringen skapar du möjligheter till ökad kunskap inom ditt arbetsområde. Sedan jobbar Sveriges Kommuner och Landsting kontinuerligt med att återkoppla forskningsresultat och var själva registreringen sker. Det är en ständigt pågående process att försöka öka kompetensnivån lokalt i princip i alla äldreboenden. Senior alert är ett av flera register där det sker.

När det sedan gäller SKL:s bedömning och inställning till äldreomsorgen skulle jag vilja peka på att vi just nu jobbar med flera prioriterade mål kring äldreomsorgen och kvaliteten inom välfärdssektorn som helhet. Där är äldreomsorgen en av de allra viktigaste delarna. Vi ser att det finns oerhört mycket att göra, men vi är inte så fram att vi har de enkla svaren. Det finns en risk med att förenkla den här diskussionen menar vi, att det bara blir en fråga om grundbemanning eller något liknande.

Vi vill peka på att det finns flera faktorer som spelar roll. Just nu jobbar vi exempelvis med kvalitetssäkrad välfärd, vilket ska hjälpa våra medlemskommuner och -landsting att kunna upphandla rätt, uppfölja rätt,

återkoppla resultaten rätt, detta för att ständigt öka kvaliteten inom äldreomsorgen. Vi inser att det som nu sker och den diskussion som pågår är bekymmersam, men det får inte frånta det faktum att det också görs mycket gott arbete på golvet, ute i äldreboendena. Jag tror att det är bekymmersamt både för de boende och framför allt för personalen att bara höra de negativa bitarna.

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen: Gert Alaby svarar på frågan från Anders W Jonsson.

Gert Alaby, Socialstyrelsen: Personaltätheten har varit oförändrad mellan 2002 och 2010 i svensk äldreomsorg. Det gäller även särskilt boende de senaste fyra åren. Däremot ligger de enskilt drivna 10 procent under de kommunalt drivna vad gäller personalbemanning respektive år.

Yngve Gustafson, Umeå universitet: På 90-talet hade vi flest sökande unga läkare till geriatrikspecialiteten i Umeå av alla ST-tjänster som var ute. Det fanns ett stort intresse bland unga att jobba med äldre, men sedan kom Socialstyrelsens förslag att geriatrik inte skulle vara en egen specialitet. Det innebär ett mycket allvarligt hot mot rekryteringen till geriatrik.

I dag är vi en självständig specialitet. Man ska nu göra om specialistutredningen, och jag hoppas att man tar sitt förnuft till fånga, för det är en framtidsfråga om vi ska kunna klara detta. Många vill jobba med det, och mer kunskap gör att läkare tycker att det är ett jättespännande och roligt område att jobba inom.

Annelie Nordström, Svenska Kommunalarbetsareförbundet: Parterna i vårdutbildningarna har för ett par år sedan tagit ett initiativ kallat vård- och omsorgscollege. Det går ut på att stärka kvaliteten i de omvårdnadsprogram som finns ute på gymnasieskolorna. Det handlar om att stärka kvaliteten och framför allt att stärka arbetsgivarens engagemang i utbildningen. Det finns alltså ett sådant initiativ, men det behöver kraftfullt spridas runt om i landet.

De viktigaste förändringarna är att se till att fler vill söka sig till omvårdnadsutbildningarna, och då är det oerhört viktigt för ungdomarna att höra sina mödrar hemma vid köksbordet berätta hur de har det på jobbet. Den kanske allra viktigaste marknadsföring vi kan göra är att få de anställda, de som arbetar i verksamheten, att tala gott om sina arbetsförhållanden och med stolthet tala om sitt yrke. Så är det tyvärr inte särskilt ofta i dag.

Lars Pettersson, Famna: Mitt svar lyder ungefär så här: Alla verksamheter och allt företagande behöver vinst. Frågan är hur den uppstår och vad man gör med den. Där representerar jag organisationer som har som bärande princip att vinst ska återinvesteras. Vinst i sig är dock inget problem.

Vice ordförande Lena Hallengren (S): Vi har fått till oss mycket fakta, mycket kunskap. År 1980 var det 18 000 som gick en vårdutbildning. I dag är det bara 3 200. Det tycker jag att vi alla ska ta med oss. Vi ska

också ta med oss att det inte är ett tecken på minskande intresse utan att det snarare handlar om vilka villkoren är, hur man upplever förutsättningarna att vara en viktig kugge i den så betydelsefulla äldreomsorgen.

Hur ska kravspecifikationerna se ut? Hur tjocka, omfattande, ska de vara? Vilka krav ska man som politiker egentligen ställa för att få ut maximalt för de skattepengar vi avsätter?

Utbildningen om åldrandet är oerhört bristfällig. Det är en populär specialitet i Umeå. Ser det ut så i hela Sverige? Det är en bild och en fråga som vi från utskottets sida också kan bära med oss.

Jag tror att det är oerhört viktigt att vi inte ursäktar, att vi inte förklarar, att vi inte på något sätt försöker prata bort det hela utan att vi som utskottsledamöter i Sveriges riksdag lyssnar och tillåter oss att bli påverkade både av det som vi läser i medierna och av det som vi tar del av från alla er här i dag, att vi ser till att nya insikter om hur kvaliteten kan bli bättre också omsätts i praktik, att vi gör vad vi kan för att hålla i den här frågan inte bara några veckor eller fram till sommaren eller fram till nästa val utan betydligt längre tid än så.

Låt mig avslutningsvis understryka det som Karl Erik Olsson sade, att vi alla ska minnas individualiseringen, att faktiskt möta den människa som hela tiden finns där, inte bara den nyblivna pensionären utan kanske till och med barnet. Det tycker jag är fina ord som kan få avsluta den här hearingen.

Tack allesammans för att ni kom hit, tack utskottet för att ni ställt bra frågor och tack alla tittare som tagit del av en viktig hearing!

BILAGA 3

Bilder från utfrågningen

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens arbete på äldreområdet

Lars-Erik Holm

 Socialstyrelsen

Vård och omsorg om äldre lakttagelser vid nationell tillsyn 2010 - 2011

- Verksamheterna lever inte upp till målen i SoL om den äldres rätt till inflytande och att få sina sociala behov tillgodosedda
- Personalens schema styr inte sällan om/när den äldre får hjälp, och sociala aktiviteter ses inte som en beslutad insats som ska verkställas
- För att uppnå god kvalitet i omsorgen krävs ett ändrat synsätt på äldres rätt till självbestämmande och en meningsfull tillvaro
- I sex av tio inspekterade demensboenden lämnades äldre inlästa utan uppsikt under kortare eller längre tid av natten

 Socialstyrelsen

Vård och omsorg om äldre

lakttagelser vid nationell tillsyn 2010 - 2011

- En tredjedel av granskade genomförandeplaner hade inte utformats med utgångspunkt i biståndsbeslutet
- Biståndshandläggare fattar s.k. rambeslut om plats i ett särskilt boende utan att precisera vilka insatser som beviljats. Det blir då utföraren som bedömer och beslutar om vilka insatser den enskilde ska få, och för den äldre blir det otydligt vilken hjälp som beviljats
- Sociala aktiviteter riskerar att inte komma med i genomförandeplanen, utan endast tillgodoses om det finns tillräckligt med personal eller om andra förutsättningar i verksamheten är uppfyllda
- År 2011 hittills 166 lex Maria och 37 lex Sarah på SÄBO – ingen skillnad mellan enskild eller kommunal utförare



Problemen i vård och omsorg för mest sjuka äldre

- Bristfällig läkemedelsbehandling
- Samordningsproblem
- Primärvården tar inte tillräckligt ansvar
- Kompetensbrister - kvalitetsbrister



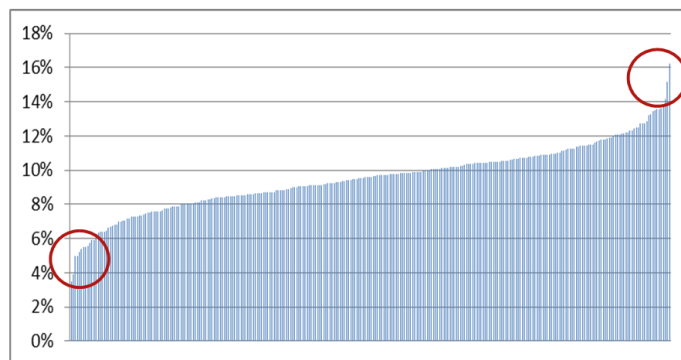
Vård och omsorg om äldre

Öppna jämförelser 2011

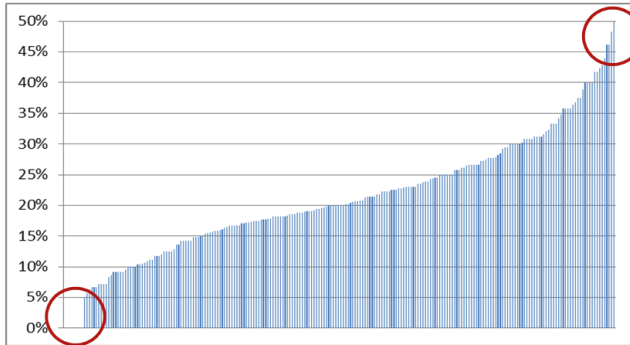
- Generellt stora eller mycket stora skillnader mellan kommunernas resultat
- Ingen kommun har riktigt bra värden på alla indikatorer eller dåliga värden på alla indikatorer

 Socialstyrelsen

Sluten vård som kan undvikas

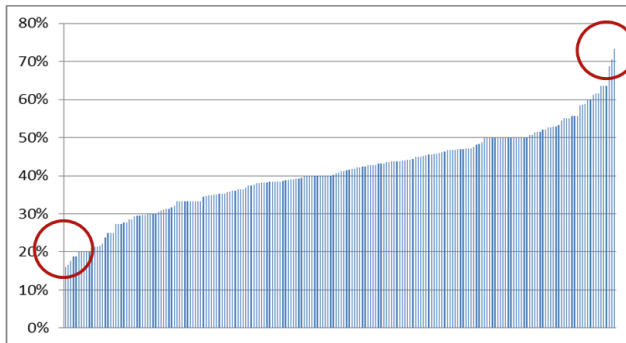
 Socialstyrelsen

Andel avlidna eller återinskrivna inom 30 dagar efter slutenvård för hjärtsvikt



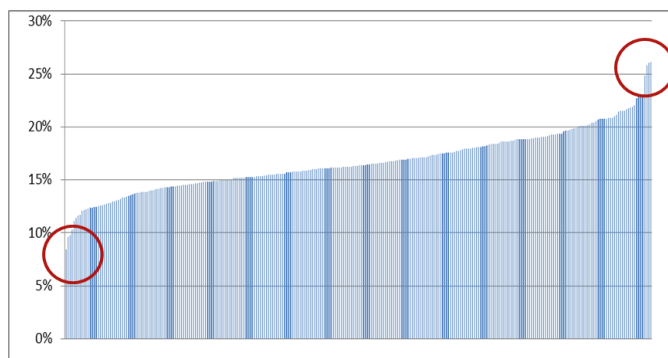
 Socialstyrelsen

Andel avlidna eller återinskrivna inom 90 dagar efter slutenvård för stroke



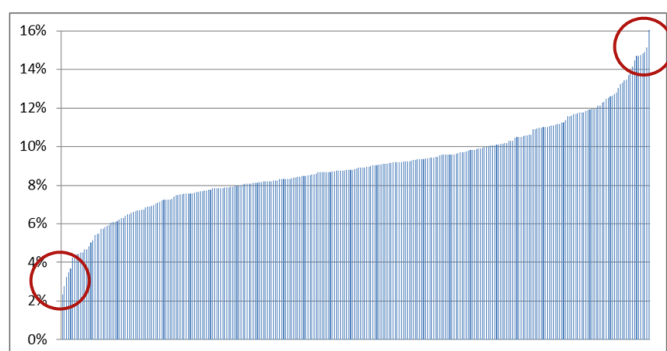
 Socialstyrelsen

Läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl finns



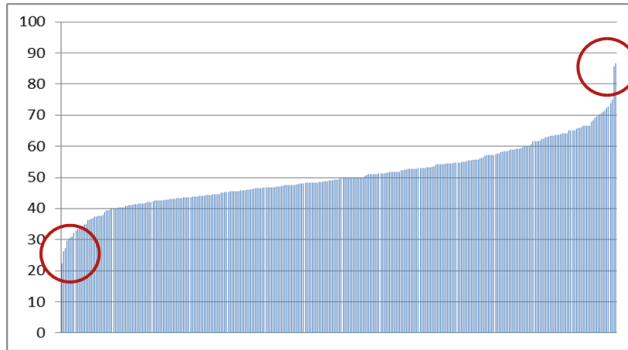
 Socialstyrelsen

Tre psykofarmaka eller mer



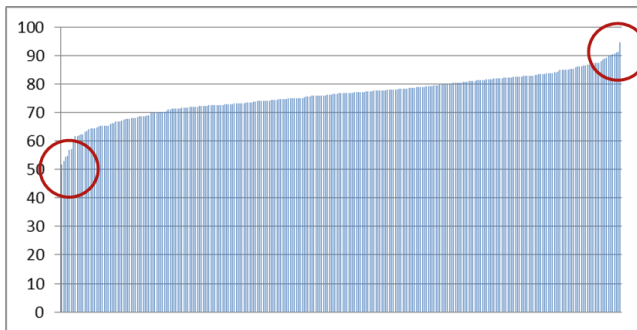
 Socialstyrelsen

Andel som är mycket nöjd med hur
personalen tar hänsyn till ens åsikter
och önskemål om hjälp



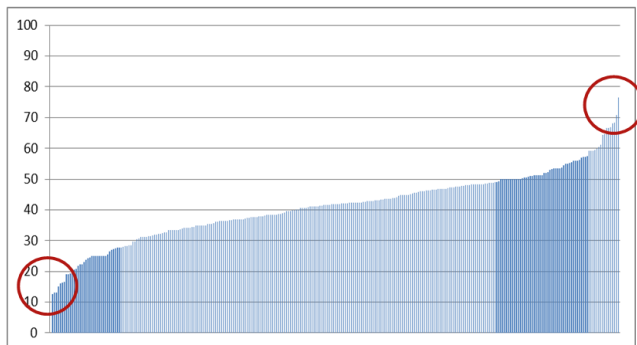
 Socialstyrelsen

Andel som svarat att det känns mycket
tryggt att bo i ett äldreboende



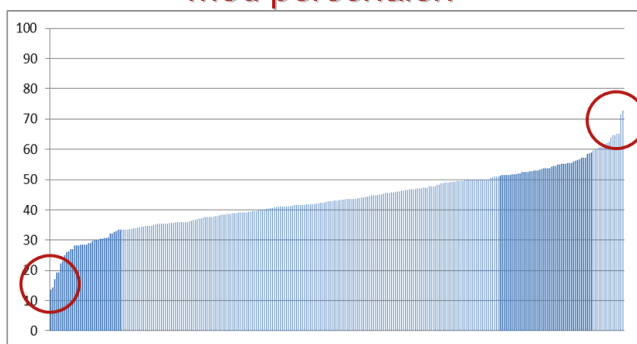
 Socialstyrelsen

Andel som är mycket nöjd med
möjligheterna att kunna göra sådant
som man trivs med



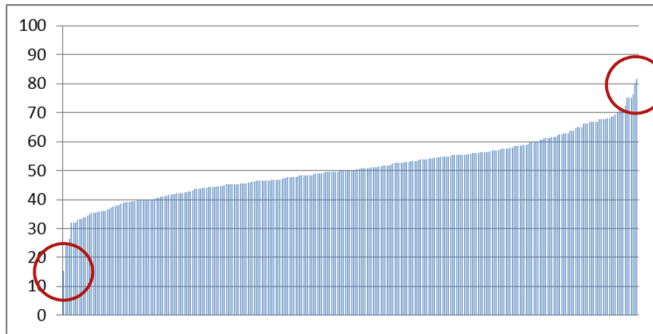
 Socialstyrelsen

Andel som är mycket nöjd med
möjligheterna till en pratstund
med personalen

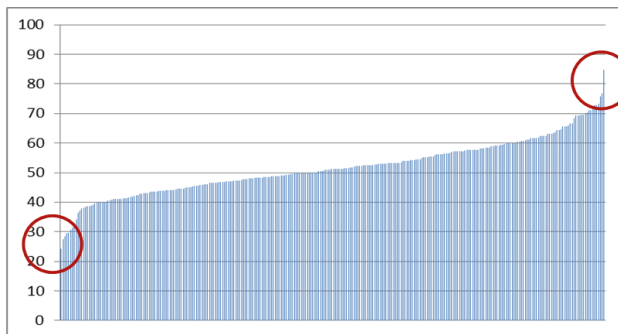


 Socialstyrelsen

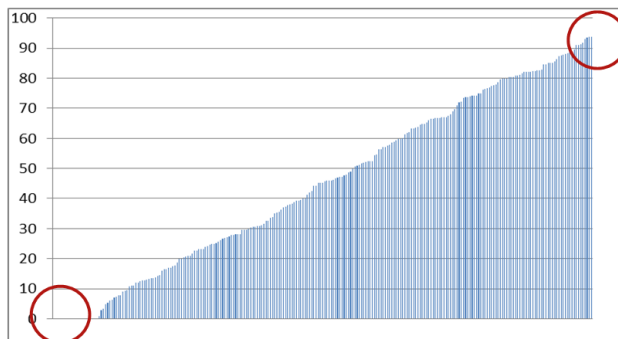
Andel som är mycket nöjd med hur maten smakar

 Socialstyrelsen

Andel som är mycket nöjd med hjälp med munhygien

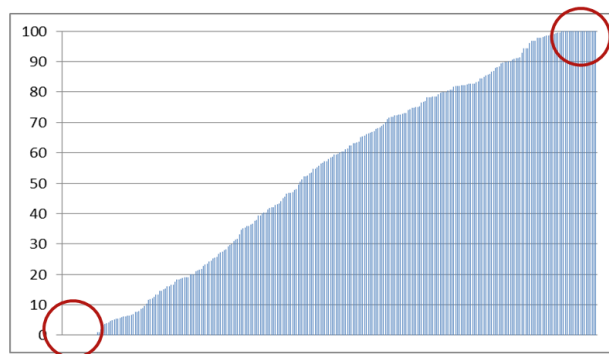
 Socialstyrelsen

Andel med aktuell riskbedömning för fall genomförd med validerad metodik



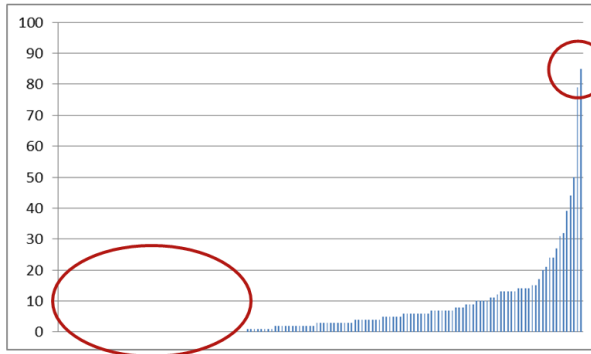
 Socialstyrelsen

Andel som riskbedöms för undernäring med validerad metodik



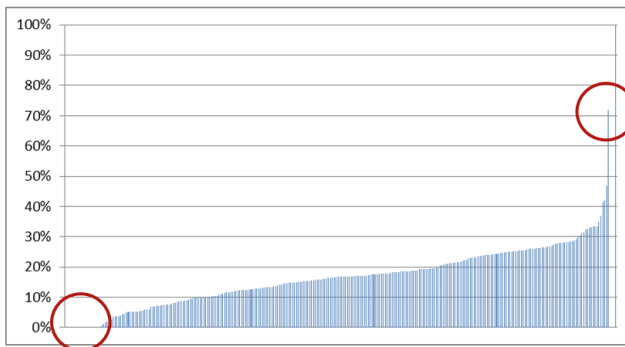
 Socialstyrelsen

Andel avlidna som smärtskattats sista levnadsvecka



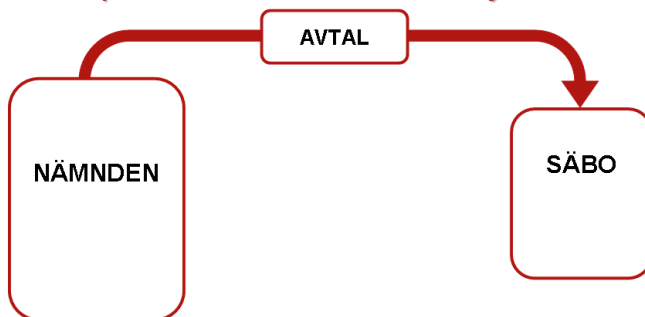
 Socialstyrelsen

Andel som bor i särskilt anpassat demensboende för max 10 personer



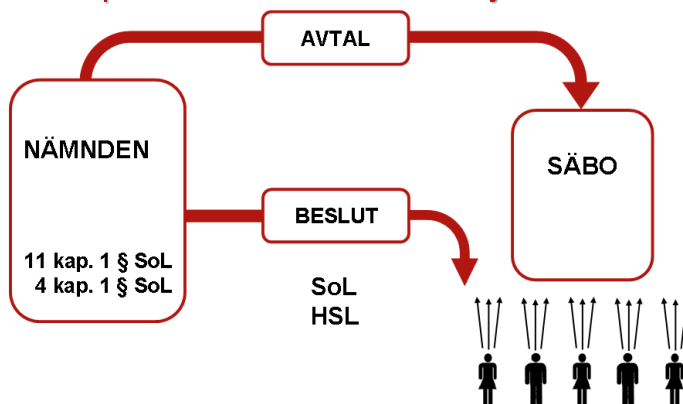
 Socialstyrelsen

Nämndens ansvar för personer med demenssjukdom



 Socialstyrelsen

Nämndens ansvar för personer med demenssjukdom



 Socialstyrelsen

Kommande föreskrifter och allmänna råd om bemanning i SÄBO för demenssjuka

Syfte:

- Tydliggöra nämndens ansvar
- Ge bindande regler och rekommendationer för den som bedriver verksamhet

Mål:

- Personer med demenssjukdom ska få det stöd, den hjälp och den vård de behöver och har rätt till



Kommande föreskrifter och allmänna råd

- Den enskildes behov ska vara avgörande för bemanningen
- Bedömningen av bemanningsbehovet ska redovisas öppet
- Ingen demenssjuk får lämnas utan uppsikt någon tid på dygnet
- Genom att behoven styr säkerställs att kvaliteten och säkerheten utgår från den enskildes situation och inte från en förutbestämd siffra
- Socialstyrelsen planerar att rekommendera lämplig bemanning i snitt per demenssjuk utifrån de siffror Demensförbundet har tagit fram



Kommande föreskrifter och allmänna råd

Tydliggöra kommunens ansvar för

- tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal
- att utreda och besluta om insatser
- att regelbundet följa upp beslutade insatser på *individnivå*
- att följa upp kvaliteten där bemanningen är en del - räcker bemanningen till för att tillgodose den enskildes behov?

 Socialstyrelsen

Pågående arbeten på Socialstyrelsen

- Inflytande och delaktighet
- Äldreomsorgens värdegrund
- Kompetensfrågor
- Kunskapsutveckling – förmedling
- Statistik och jämförelser
- Normering
- Primärvård mm
- Tillsyn

 Socialstyrelsen

Exempel

Kompetens & värdegrund Bemanning demensvård

- allmänna råd
- utbildning
- tillsyn
- öppna jämförelser
- statsbidrag
- information
- nationell oanmäld natttillsyn
- nationella riktlinjer
- föreskrifter och allmänna råd



Lars Pettersson, Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (Famna)



Socialutskottet 15 december 2011

- Riksorganisationen för idéburen vård och social omsorg utan vinstsyfte (2004)
- föreningar, stiftelser, bolag, kooperativ
- Medlemmarna verkar inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagarna (SoL)
- Sociala mål lika viktiga som ekonomiska
- Återinvesterar överskott/vinst – bärande princip
- Ledarskap & kvalitet

Siv Nordqvist, Vårdföretagarna



Siv Nordqvist
Ordförande, bransch äldreomsorg
www.vardforetagarna.se

Vårdföretagarna
ALMEGA

Vårdföretagarna

- Arbetsgivar- och intresseorganisation för privata vård- och omsorgsgivare
 - Ingår i Almega
 - Erbjuder kollektivavtal, försäkringar och rådgivning
 - Drygt 2000 medlemsföretag, c:a 140 äldreomsorgsföretag
- Representerar både små och stora företag
- 85% av medlemmarna < 20 anställda

Vårdföretagarna
ALMEGA

Vårdföretagarna – nuläget

- Upphandlingar ur ett företagarperspektiv
 - Små och stora kommuner har olika förutsättningar
 - Kvalitetsupphandlingar
 - Viktigt med bra uppföljningar

Vårdföretagarna
• amsed

Vårdföretagarna – etiska riktlinjer

- Medlemmarna förväntas:
 - Följa lagstiftning och myndighetsföreskrifter
 - Föreningens stadgar
 - Bidra till god affärskultur, följa kollektivavtal och erbjuda god arbetsmiljö
 - Ha en öppenhet i organisationen så att missförhållanden utan dröjsmål kommer till ledningens kännedom
 - Bemöta alla brukare/närstående med respekt och omtanke och utifrån individuella behov

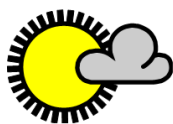
Vårdföretagarna
• amsed

Vårdföretagarna – framtid

- Oberoende granskning
- Bra uppföljningar
- Ersättningssystem som premierar kvalitet
- Meddelarfrihet välkomnas – lika för alla

Vårdföretagarna
i samarbete med

Stina-Clara Hjulström, Demensförbundet



Demensförbundet

11 000 medlemmar

130 Demensföreningar



Demensförbundet



Det behövs mer personal!

Demensförbundets anhörigenkät

Fråga	2003	2011
För lite personal på demensboendet	Drygt 2 av 10	Nästan 8 av 10
För lite aktivering på demensboendet	Drygt 3 av 10	Drygt 7 av 10
För lite sjukgymnastik/arbetsterapi på demensboendet	Knappt 1 av 10	Drygt 4 av 10
Svårt att få kontakt med ansvarig läkare	Drygt 1 av 10	Drygt 4 av 10



Lagstifta om minimibemanning



- Utbildad personal
- Handledning
- Arbetsledare/chef



Geriatriska vårdplatser

2/3
av landstingens
geriatriska
vårdplatser
har försvunnit
sedan 1994!



Utöka geriatriken



Effektivare och kraftfullare tillsyn



Kravspecifikation för upphandling
av

Personcentrerad Vård och Omsorg
för Demenssjuka.

Jannis Avramidis/Ulla-Lena Wistberg

2011-11-06





Annelie Nordström, Svenska
Kommunalarbetareförbundet

Kvalitet i äldreomsorgen

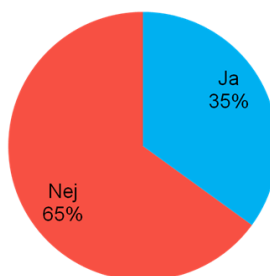
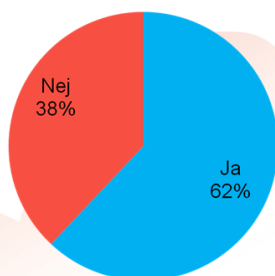
Kommunal



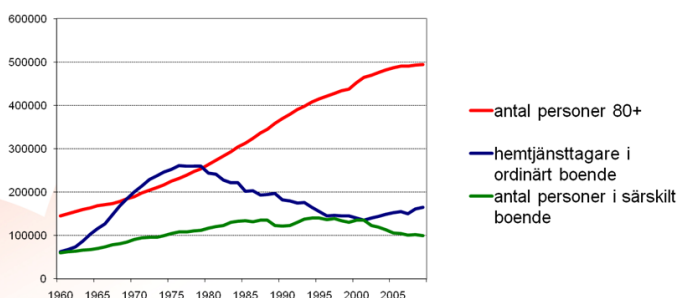
Andel av befolkningen, 80+, som får offentlig äldreomsorg

1980

2009

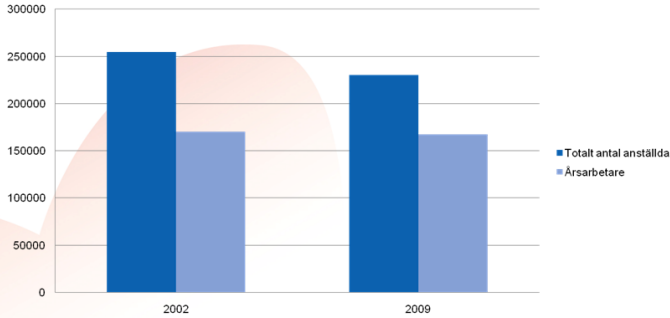


Personer som får hemtjänst eller bor i särskilt boende i relation till antalet personer 80+



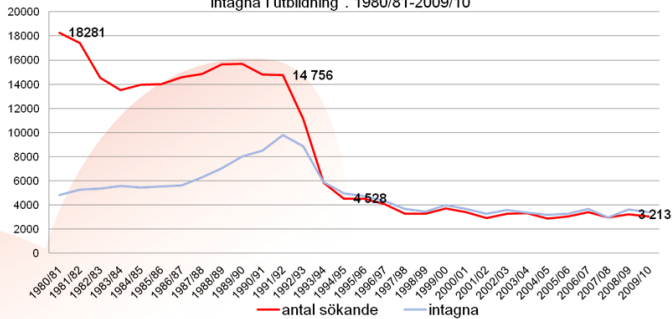
Färre anställda i äldreomsorgen

Antalet anställda inom den kommunalt finansierade äldreomsorgen

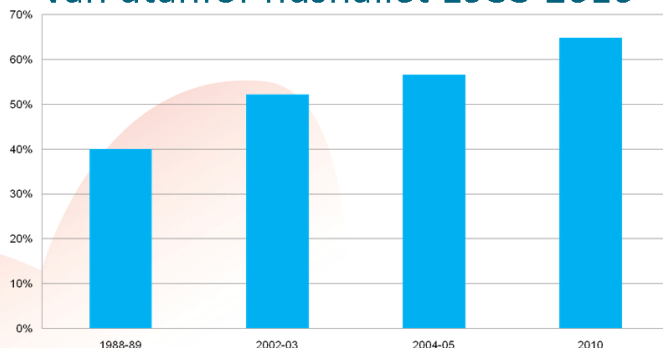


Färre söker sig till äldreomsorgen

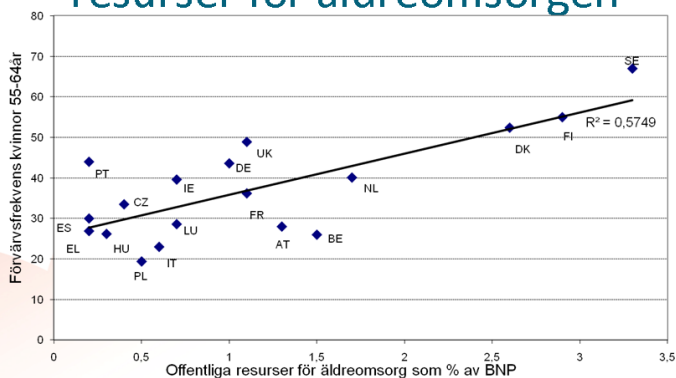
Antal behöriga sökande till gymnasiets omvårdnads-/vårdlinje eller omvårdnadsprogram och antal som under oktobermånad i respektive år finns intagna i utbildning . 1980/81-2009/10



Hjälpbekövande hemmaboende 75+ som får hjälp av anhörig eller vän utanför hushållet 1988-2010



Medelålders kvinnors förvärvsfrekvens och offentliga resurser för äldreomsorgen



Eva-Lisa Krabbe, Vårdförbundet



Kunskapsstyrd äldrevård

December 2011

Vården är till för individen



Kunskapsstyrd äldrevård

- Äldrevården ska utgå från individen och individens behov.
- Vårdtagare och närstående ska behandlas som auktoriteter och en del av teamet.
- Vårdteamet samlas kring individens behov, var och en bidrar med sin kunskap.

2012-01-25

Äldrehälsovård för ökad livskvalitet



Kunskapsstyrd äldrevård

- Förebygga hälsoproblem och skador = en stor vinst för individ och samhälle.
- Nationellt program för äldrehälsovård, likt MVC och BVC.
- Hälsosamtal i hemmiljö, en enkel insats som ger stora vinster .

2012-01-25

Kunskapsbrist i äldrevården



Kunskapsstyrd äldrevård

- I dag har 17 procent av sjuksköterskorna inom äldrevården specialistutbildning.
- Endast två procent har en specialistutbildning med inriktning mot vård av äldre.
- Alla äldre vårdtagare bör ha rätt till kontakt med specialistutbildad.

2012-01-25

Äldrevården ska vara kunskapsstyrd



Kunskapsstyrd äldreård

2012-01-25

- Vårdmiljön ska präglas av kunskap så att vårdens ledare, medarbetare och vårdtagare alltid har tillgång till best practice.
- Med bättre system för att använda kunskap fullt ut och för att sprida kunskap kan äldrevården bli säkrare, tryggare och mer resurseffektiv.

Investera i specialistkunskap



Kunskapsstyrd äldreård

2012-01-25

- Att driva kunskapsutveckling inom vårdens alla kunskapsområden är en investering som lönar sig.
- Erbjud betald specialistutbildning.
- Tillsätt minst en tjänst på varje äldreboende.
- Konkurrera med lön för att få rätt kunskap på rätt plats i rätt tid.

Sammanhållet system



Kunskapsstörd äldreomsorg

2012-01-25

- Skapa en sammanhållen vård för individen.
- Övergångsställena i vården måste fungera så att det inte skapar risker för individen
- Gränsöverskridande dokumentation. Min Vårdbok.
- Säker läkemedelshantering.

Vårdlots för de med stora behov



Kunskapsstörd äldreomsorg

2012-01-25

- Personligt stöd för vårdtagare med stora vårdbehov.
- Hjälp med läkemedelshantering och stöd under behandlingar.
- Lotsning till rätt instans direkt – antalet akutbesök minskas.

Hälsa och helhet



Kunskapsstyrd äldreomsorg

- Allt går inte att bota men det går alltid att ha hälsa.
- Det är inte bara det sjuka organet vi ska ta hand om utan det är hela människan.
- Specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning vård av äldre, MAS:ar och distriktssköterskor har kunskap som är oundgänglig för en god och säker äldreomsorg.

2012-01-25

Mats Thorslund, Karolinska Institutet



Åldrandet och äldreomsorgen

Hittillsvarande utveckling och nuläge

Mats Thorslund

Aging Research Center

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

De höga ambitionerna

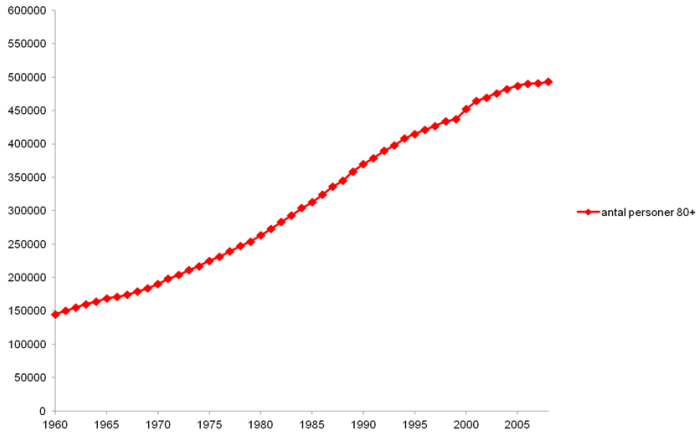
Äldreomsorgen – ett komplext och otydligt uppdrag

De höga ambitionerna

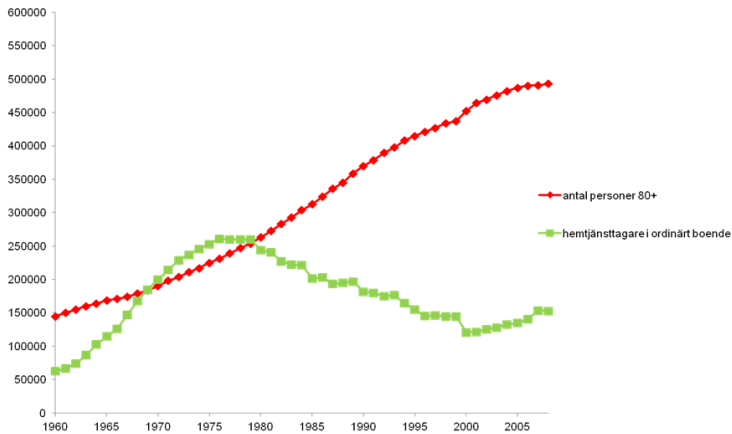
Äldreomsorgen – ett komplext och otydligt uppdrag

- Värdegrund
- Värdighet
- Välbefinnande
- Helhetssyn
- Integritet
- Autonomi
- Inflytande
- Trygghet
- Valfrihet

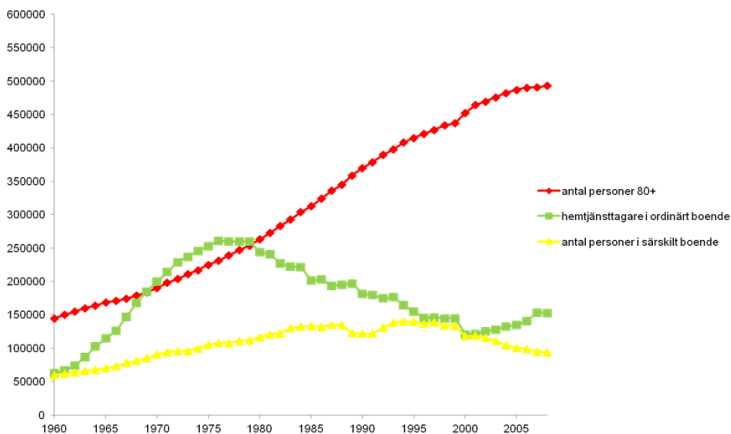
**Antalet 80 år och äldre i befolkningen samt antal
hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut
somatisk vård i Sverige 1960-2008 (alla åldersgrupper)**



**Antalet 80 år och äldre i befolkningen samt antal
hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut
somatisk vård i Sverige 1960-2008 (alla åldersgrupper)**



Antalet 80 år och äldre i befolkningen samt antal hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut somatisk vård i Sverige 1960-2008 (alla åldersgrupper)



Ledningsdatorerna Eva-Lena Ahlqvist (höger), Ronald Fagerbål, Tobias Wikström

Ska bara dementa få vård i framtiden?

Förskötningen av äldreomsorgen, som har varit så omfattande sedan för många år, har bekräftats från officiellt håll. På bara tio år har äldreomsorgen kraftigt vuxit, och antalet äldre har kommit att bli fler och fler. Enligt en rapport som Socialstyrelsen presenterat i slutet av året har antalet platser i sjukhusen lämnat minskat med 70 procent på tio år.

Antalet platser i särskilt boende (såväl som i sjukhusen) har också minskat. Under perioden 2002-2005, Servicehuset har ett gott om till exempel boenden, alla lägenheter utan personal. Trots att det bara blir fler och fler äldre, minskar kommuner och landsting på vård och omsorg. Omvårdnaderna har allt mer försvunnit.

BRISTEN ÄR STOR. Socialstyrelsen har dock inte lyckats belysa att kommunerna inte uppfyller de nationella begrepperna när de ska fastställa äldre personers vårdbehov. Olika typer av provningar avseende om den hjälpande har antagits som kan leda till oenighet.

Enligt läroplanen för alla är det utvärdering på de antagliga insatser. Kommunerna måste inte ha varit "Vården" de ska vill ha kvar hem-

HUR SOM HELST är det mycket svårt att få en plats i ett äldreboende. Och det kommer att bli mycket mycket värre, enligt Socialstyrelsen. Vården blir efter 2015, då den stora vårdgenerationen kommer till 80-årsåldern.

Och inte många platser i de särskilda boendena ökar, kommer de nästan bara att räckas till de stora mentalt funktionsnedsatta.

"Frågan är om alla vill bo hemma även när de blir riktigt sjuka och sängliggande."

Igt Socialstyrelsen kommer 90 procent av platserna att upptas av dementa, som inte har öppna och varierade uttryck för sin hälsa. Bristen på platser i de äldre boendena blir alltså: Så länge de är i livet i hemmet får de klara sig hemma. När de inte kan göra det, så är det inte längre en fråga om om de ska bo i ett särskilt boende eller inte. Men det betyder inte att de inte kan komma till de demografiska prognoserna på 2015.

Påsen till 2015 finns det rådet, enligt Socialstyrelsen, eftersom ungdomsskolorna inte kommer in i arbetslivet. Det betyder att det kommer att vara svårt att hitta arbete för de som inte har utbildning.

Den stora kampen kommer att gå på om det ska vara enbart för de som har en sjukdom som dementi.

Äldreomsorgen är kanske det tydligaste tecknet på behovet av arbetsmarknadsring. Här bör man dock notera att äldre personer är generellt förbättrade. Den svenska utmaningen blir därför att landstegen till goda förhållanden är i kraften efter sig till och inte bara till i exempelvis länder.

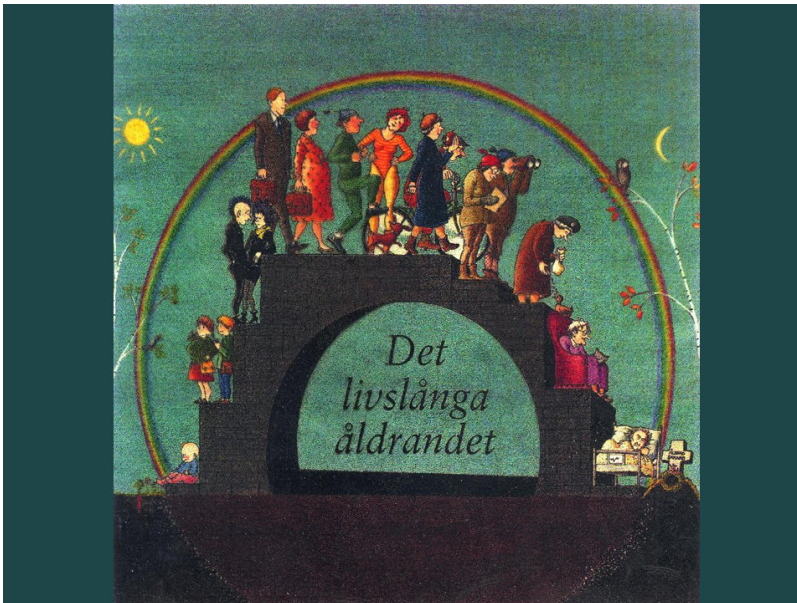
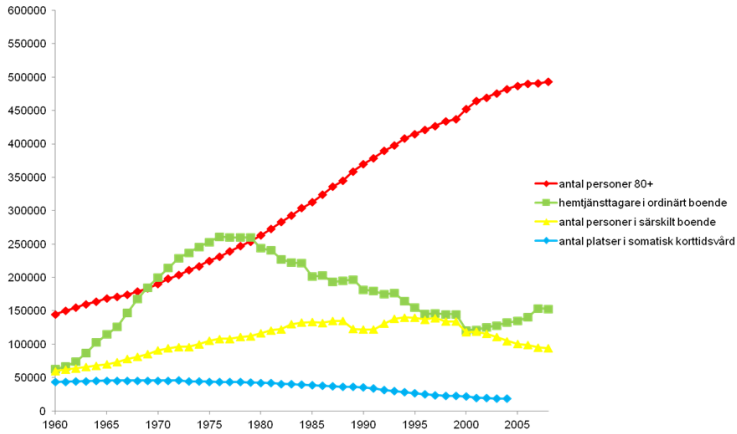
NEDRUSTNINGEN AV äldreomsorgen i Sverige. Här kan vi se olika problem i sig över de olika sektorer. De är inte enklare än kommuner och landsting, utan sagt varje enskilt fall ska behöva de som varit och ska vara för "vården" i äldre personer.

Här finns en viktig uppgift för Arbetsmarknadsnämnden, som under landstinget har varit i Sverige. Under 1990-talet har framtida samhällsplaneringarna och de framtida samhällsplaneringarna som de kommer att vara i Sverige för sig och kommit sig på sina konsekvenser.

En bildning i landets skolor och i de olika kommunerna, i kommuner eller i de olika regionerna som kommunerna samverkar med.

Källa: DI, 040227

**Antalet 80 år och äldre i befolkningen samt antal
hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut
somatisk vård i Sverige 1960-2008 (alla åldersgrupper)**



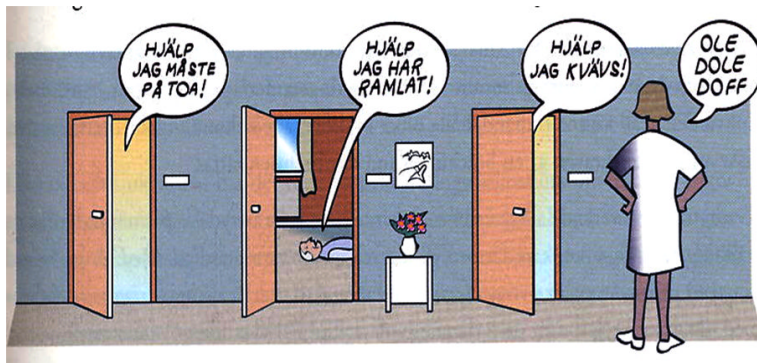
Dagens problem

Kvalitet – brist på resurser

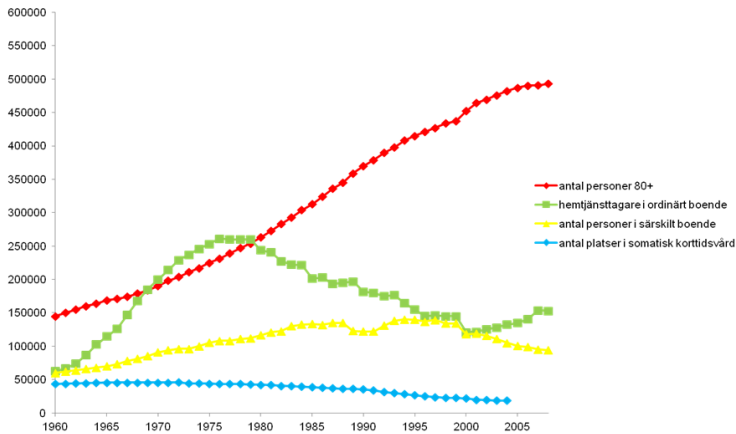
Platser

Bemanning

Ledarskap



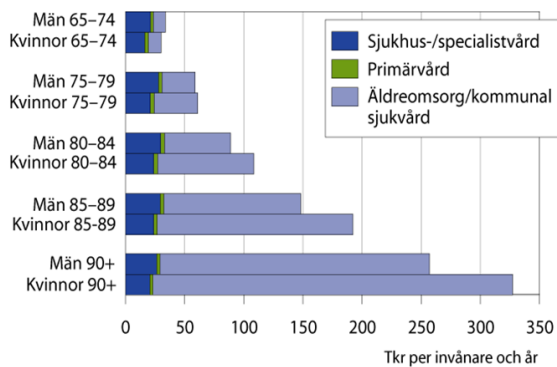
**Antalet 80 år och äldre i befolkningen samt antal
hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut
somatisk vård i Sverige 1960-2008 (alla åldersgrupper)**



Efter expansionen

- samarbete
- omorganisation
- nya omsorgsformer
- omdefinitioner
- omprioriteringar
- konkurrens
- privata entreprenörer
- specialisering
- prevention/rehabilitering
- valfrihet
- utbildning

Costs per person and year for primary care, hospital care and public eldercare, by age and gender 2003



Källa: Region Skåne, Svenska Kommunförbundet

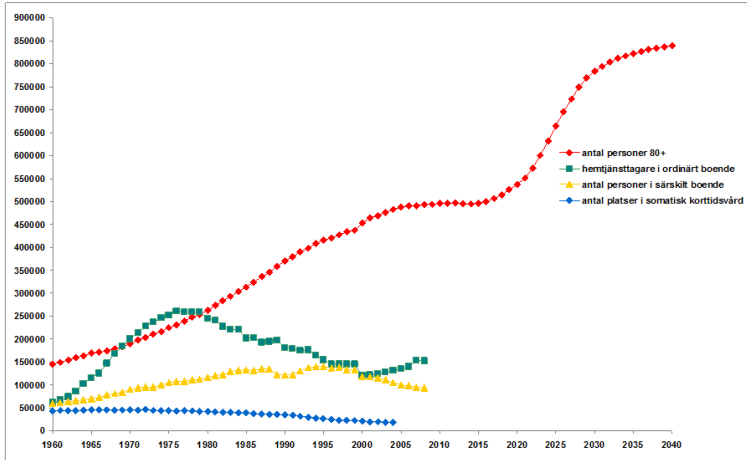
Figur 8:1

Vad kommer att hända?

Befolkningsutvecklingen

De äldres hälsa

Antalet 80 år och äldre samt antal hemtjänstmottagare, platser i särskilda boenden och akut somatisk vård i Sverige 1960-2008 (SCB befolkningsprognos till 2040)



Om framtiden

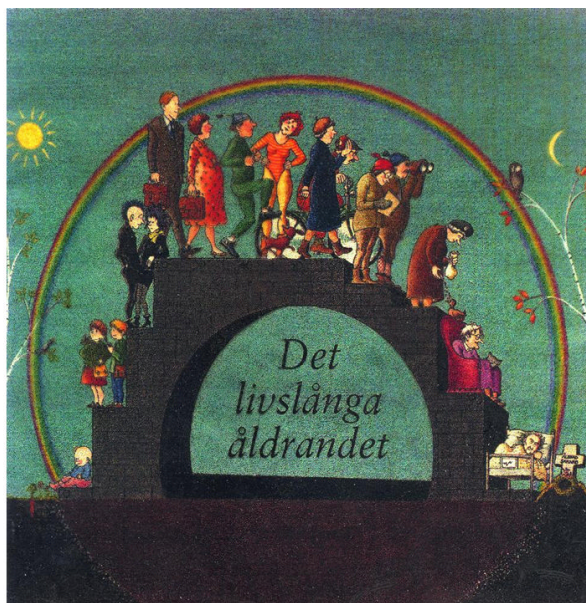
- Fler äldre
- Lever längre
- Fler multisjuka
- Ökad sjuklighet(?)

Om framtiden

- Beroendekvoten/"Vem skall göra jobbet?"
- Vem skall betala?

Osäkra faktorer

- Morgondagens äldre mer utbildade
- Antibiotikaresistens
- Pandemier
- Läkemedel mot demens



Marta Szebehely, Stockholms universitet

Vad innebär minskande resurser och konkurrensutsättning för äldreomsorgens kvalitet?

**Offentlig utfrågning i socialutskottet
15 dec 2011**

Marta Szebehely
Institutionen för socialt arbete,
Stockholms universitet
&
Institutet för Framtidsstudier



Minskande resurser för äldreomsorg

- 1990-2000:
 - Offentliga resurser + 5%
 - Antalet 80 år och äldre + 22%
 - = Minskning med 15% per 80+ i befolkningen
- 2000-2009:
 - Offentliga resurser – 6%
 - Antalet 80 år och äldre + 9%
 - = Minskning med 13% per 80+ i befolkningen

Konsekvenser av minskade resurser

- Färre äldre får del av äldreomsorgen

% av 80 år+	1980	2010
– Med hemtjänst	34	23
– I särskilt boende	28	14
- Ökning av privat köpt hjälp – bland äldre med högre utbildning (och högre pension)
- Ökning av anhörighjälp – främst döttrars insatser – bland äldre med låg utbildning
- Påverkar medelålders kvinnors förvärvsarbete
- Äldreomsorg inte bara en kostnad
 - en del av den sociala infrastrukturen
 - påverkar skattebasen

Konkurrensutsättningen i siffror

- 2010: 19 % av platserna i äldreboenden och 19 % av hemtjänsttimmar i privat regi
- En ökning från 2-3 % vid 1990-talets början – hela ökningen i privat regi
- Stora kommunala skillnader
 - från allt i kommunal regi i mer än hälften av kommunerna till över 80% i en handfull
- I internationell jämförelse: generös finansiering, låg grad av reglering och kontroll, starkare koncentration och högre närvaro av riskkapitalbolag
 - Anbudskonkurrens har gynnat de stora

Konkurrensens konsekvenser - kvalitet

- Kvalitet inget entydigt begrepp men tid, kontinuitet och flexibilitet/vardagsinflytande viktigt
- Internationell och svensk forskning: vinstsyftande äldreboenden har ca 10% lägre personaltäthet
- Internationell forskning: lägre personaltäthet → lägre kvalitet
- 'Nöjd kund' mätningar i Sverige: små skillnader, ingen entydig bild
- Stockholm: minskad 'kundnöjdhet' med hemtjänst över tid trots kundval sedan 2002
- 2010: ingen skillnad i 'kundnöjdhet' med hemtjänst i Stockholm (60% privat) och Göteborg (0% privat)

Brukarinflytande genom kundval?

- Förhoppning bakom LOV
 - Konkurrens och möjlighet till 'val och omval' stärker den enskildes inflytande och ger ökad kvalitet (+ motverkar oligopol)
- Äldre vill påverka sin hjälp (vad, hur, av vem) men långtifrån alla vill eller kan välja utförare
- Bara 4 % av de äldre gör omval – varav 1/5 för att företaget har upphört
- 'Priset' för exit ofta för högt
- Konsekvenser för inflytande om exit inte är ett alternativ:
 - Äldre med hemtjänst som klagar kan få förslag att byta utförare utan att fel och brister åtgärdas → minskat i stället för ökat inflytande?
- Alternativa vägar att öka brukarinflytande – välja utförare kontra påverka vad, hur, av vem
- Utnyttja möjligheten till 'naturliga experiment'

Konsekvenser för välfärdens fördelning

- Kundval: Högutbildade äldre har lättare att ta till sig information och har större förutsättningar att hitta de bästa utförarna
- Försämrars omsorgens kvalitet om 'medelklassens vassa armbågar' försvinner?
- Vinnare och förlorare i kundvalssystem?

Sammanfattningsvis

- Stat och kommuner har stort ansvar
 - Att se till att anbudsupphandling inte gynnar 'pseudokvalitet'
 - Att följa upp utlovade insatser och kvalitet
 - Kan inte lita på att äldre 'röstar med fötterna'
- Men striktare styrning och kontroll → detaljreglering och fokus på det mätbara? → hot mot omsorgskvalitet?
- **Mer offentliga resurser** – en förutsättning för att äldreomsorgen ska kunna leva upp till välfärdspolitiska mål om jämlik tillgång till god omsorg – tillgänglig för den fattige och attraktiv även för den rike
- **Annars risk för skitad omsorg** – ett basutbud + anhörigomsorg för vissa resp. fler och bättre tjänster för den som kan 'toppa upp'
- Har vi råd? Har vi råd att låta bli?
 - Äldreomsorg inte bara en kostnad

Tack för uppmärksamheten!

- Szebehely (2011) Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I Hartman L, red: *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS
- Szebehely (2010) Äldreomsorg i kris? I: *Global kris – håller välfärdssystemen?* Socialförsäkringsrapport 2010:6.
- Szebehely & Ulmanen (2008) Vård av anhöriga – ett högt pris för kvinnor. *Välfärd* nr 2, 12-14.

Yngve Gustafsson, Umeå universitet

Bättre kvalitet i vården och omsorgen av sköra äldre människor

Yngve Gustafsson, Professor, Överläkare,
Konsultläkare i kommunal äldrevård
Vetenskapligt råd, Socialstyrelsen
Läkarsällskapets presidium



- ▶ **Gerontologi** – läran om det friska åldrandet. En tvärvetenskap som handlar om åldrandet ur alla perspektiv
- ▶ Kunskaper i gerontologi är en förutsättning för att kunna behandla gamla människor
- ▶ Det normala friska åldrandet förändrar kroppens alla funktioner

Kunskaper i gerontologi – en förutsättning för geriatrik



Geriatrisk – läran om sjukdomar under åldrandet

- Annorlunda orsaker till sjukdomar hos äldre människor
- Förändrade sjukdomsmekanismerna under åldrandet
- Förändrade symtom på sjukdomar under åldrandet
- Förändrade förutsättningar för att ställa diagnos på sjukdomar under åldrandet
- Förändrade förutsättning för behandling och rehabilitering av sjukdomar och skador hos äldre människor
- Förändrade hälsorisker och därför förändrade förutsättningar för att förebygga sjukdomar och skador hos äldre människor

Kunskaper i geriatrisk – nödvändigt för all vård och omsorg av gamla människor



DE ALLRA ÄLDSTA ÖKAR MEST

- ▶ 80+ blir dubbelt så många - från 496 000 till ca 900 000 år 2050
- ▶ 90+ tredubblas från 75000 idag till ca 200 000 år 2050
- ▶ 100+ har fördubblats på 10 år



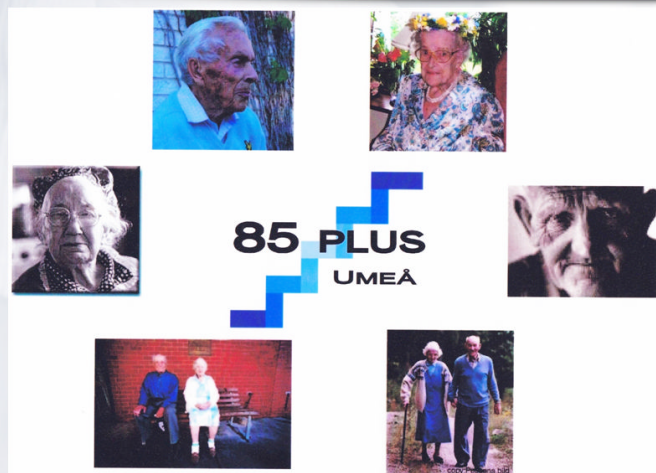
Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ På 10 år har antalet 90+ med höftfraktur ökat med 150 %
- ▶ Människor med demens ökar från 160 000 till ca 400 000 till 2050
- ▶ Vi lever friska längre men även åren med sjukdomar och stora hjälpbehov ökar



Bästa möjliga vård för gamla människor



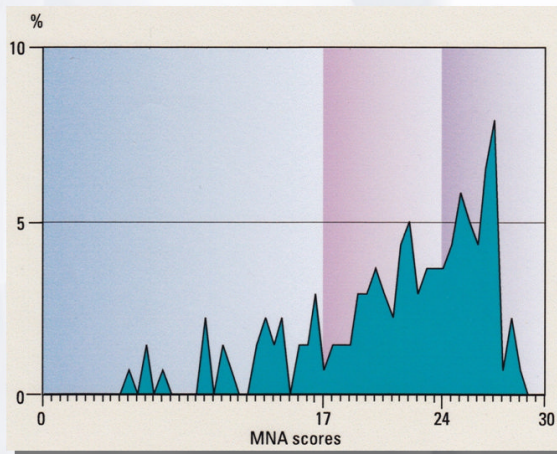
Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Depressioner det största hotet mot en god ålderdom
- ▶ Depressioner bland äldre människor ökar
- ▶ Depressioner bland äldre människor orsakar mer lidande än alla andra sjukdomar tillsammans
- ▶ Depression hos äldre mer malignt än cancer och hjärtsjukdom

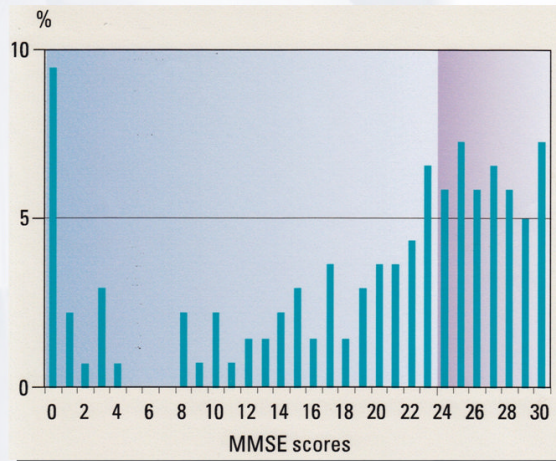


Bästa möjliga vård för gamla människor



Undernäring – ett vanligt hot mot äldres hälsa





Andel äldre med demenssjukdom ökar



Symtombehandling ofta livsfarligt för gamla människor

- ▶ Födröjer/hindrar upptäkt av komplicerande sjukdomar
- ▶ Leder till fara för patienten och förlängda vårdtider och ökade kostnader
- ▶ Ökar förekomsten av läkemedelsbiverkningar – den vanligaste orsaken till att gamla människor blir sjuka

Bästa möjliga vård för gamla människor



Människor med demenssjukdom som insattes på neuroleptika för störande beteende dog eller blev akut inlagda på sjukhus 4 ggr oftare än en kontrollgrupp inom en månad

Rochon et al Arch Intern Med 2008.

Demenssjuka som fortsatte behandlas med neuroleptika jämfört med placebo hade dubblerad risk att dö inom tre år

Ballard et al Lancet Neurology 2009.

Bästa möjliga vård för gamla människor



Vanligaste orsaken till att gamla människor kommer till akut-mottagningar/läggs in på sjukhus i Sverige:

**LÄKEMEDELS-
BIVERKNINGAR!**

Fel doser
Olämpliga läkemedel
Farliga kombinationer av läkemedel



Läkemedel gör gamla människor sjuka



- ▶ Antalet inläggningar på sjukhus på grund av läkemedelsbiverkningar har fördubblats på 20 år
- ▶ Antal läkemedel som äldre behandlas med har fördubblats på 20 år
- ▶ Andel patienter som följs upp av den läkare som satte in behandlingen har minskat drastiskt



Kvaliteten på läkemedelsbehandlingen försämras



- ▶ Noggrann geriatrisk utredning
 - ▶ Utred orsak till symtom - ej bara symtombehandling
- ▶ Anpassa dosen individuellt
- ▶ Prioritera viktigaste behandlingar
- ▶ Följ alltid upp effekt och biverkningar

Förutsättningar för bättre läkemedelsbehandling



ORIMLIGA KÖNSSKILLNADER:

- ▶ Män utreds - kvinnor får symtombehandling
- ▶ **Umeå 85+:**
 - ▶ Kvinnor får signifikant mer läkemedel mot depression, mer sömnmedel, mer ångestdämpande lm, mer laxermedel, mer smärtstillande, mer vätskedrivande etc
 - ▶ Männen får mer ACE-hämmare vid hjärtsvikt - kvinnorna mer vätskedrivande
 - ▶ Kvinnorna får mer magsårsläkemedel oftast utan utredning

Kvinnor får sämre behandling

**ORIMLIGA KÖNSSKILLNADER:**

- ▶ Kvinnor med demenssjukdom fick mindre ofta bromsmediciner
- ▶ En större andel av kvinnor med kärlkramp får behandling med nitroglycerinpreparat
- ▶ Tre gånger fler män är kranskärlsopererade
- ▶ Fem gånger fler 85-åringar är kranskärlsopererade 2005-2007 jämfört med 2000-2002

Kvinnor får sämre behandling



- ▶ Andelen med demens i Umeå 85+ studien har under 2000-talet ökat från 26,5 % till 37,2 % (en 40 % ökning)
- ▶ Andelen med depression ökar från 29,2 % till 36,6 % (en 25 % ökning)
- ▶ Andelen som har haft stroke är 22 %

Behovet av hög kompetens hos det team som skall ta hand om gamla människor med multipla sjukdomar ökar

En större andel äldre lever med flera sjukdomar



Akut geriatrik jämfört med akut invärtesmedicin vid Norrlands universitetssjukhus (*Asplund et al, J Am Geriatr Soc, 2000*)

- ▶ Akuta invärtesmedicinska patienter 70 år och äldre lottades till att vårdas på en akut geriatrisk avdelning eller en akut invärtesmedicinsk avdelning
- ▶ På den geriatriska avdelningen arbetade man i team – alla yrkesgrupper gjorde sin bedömning av patienten
- ▶ Patienterna på den geriatriska avdelningen fick all sin vård, inklusive rehabilitering på den geriatriska avdelningen

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Trots att man vidtog fler åtgärder/rehabilitering på den geriatriska avdelningen fick man kortare vårdtider (5,9 dagar jämfört med 7,3 dagar, $p=0.002$). Cirka 20 % kortare vårdtid
- ▶ När cirka 200 patienter hade lottats till den geriatriska avdelningen behövde 21 färre (43 jämfört med 22) av dessa institutionsvård både vid utskrivningen och tre månader senare jämfört med de som hade vårdats på den invärtesmedicinska avdelningen
- ▶ Både landstinget, men framför allt Umeå kommun (cirka 8 miljoner lägre kostnader) fick minskade kostnader för vård och omsorg

Bästa möjliga vård för gamla människor



Utbildning i geriatrik för personalen på en akut invärtesmedicinsk avdelning vid Sundsvalls sjukhus

(Lundström et al, J Am Geriatr Soc, 2005)

- ▶ Av 400 akuta invärtesmedicinska patienter lottades hälften till avdelningen som fått utbildning i geriatrik och som delvis arbetade i team
- ▶ På den geriatrikutbildade avdelningen var vårdtiderna 9,4 dagar jämfört med 13,4 dagar, 30 % kortare vårdtid ($p<0.001$)

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Efter sju dagar på respektive avdelning var hälften så många fortfarande förvirrade på avdelningen som hade fått utbildning i geriatrik
- ▶ Två jämfört med nio patienter hade dött under vårdtiden på sjukhuset ($p=0.03$)

Bästa möjliga vård för gamla människor



Metaanalys från november 2011 i BMJ bekräftar att geriatrisk vård leder till bättre resultat. (Ellis G, et al)

- ▶ 22 RCT-studier från 6 olika länder omfattande över 10 000 patienter inlagda akut
- ▶ CGA (Comprehensive Geriatric Assessment = noggrann geriatrisk utredning av ett team) jämfört med "usual care"

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Ökad sannolikhet att återvända hem: (odds ratio 1.16 (95% confidence interval 1.05 to 1.28; $P=0.003$)
- ▶ Ökad sannolikhet att bo kvar hemma efter 12 månader: 1.25 (1.11 to 1.42; $P<0.001$)
- ▶ Minskad risk att bo på institution: 0.78 (0.69 to 0.88; $P<0.001$)
- ▶ Minskad risk att dö eller försämrats: 0.76 (0.64 to 0.90; $P=0.001$)

Bästa möjliga vård för gamla människor

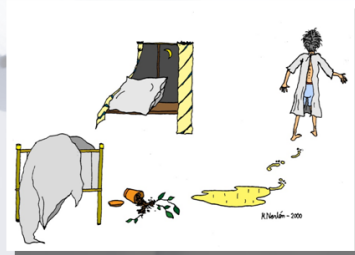


- ▶ Mycket gamla människor drabbas av många komplikationer efter höftfraktur
- ▶ Fallrelaterade skador orsakar 5-6 ggr fler dödsfall än trafiken i Sverige. År 2009 dog 1600 personer efter fallolyckor
- ▶ Fallolyckor kostar samhället 22 miljarder årligen (2009)
- ▶ Höftfrakturpatienter har 3 ggr ökad risk att drabbas av en höftfraktur till
- ▶ Försvardepartementet (MSB) har ansvar för fallprevention
- ▶ Fallskadorna har ökat med 50 % på 10 år

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Det vanligaste symtomet på akut sjukdom hos gamla människor är akuta förvirringstillstånd
- ▶ Akuta förvirringstillstånd får inte behandlas med läkemedel förrän man har utrett orsaken
- ▶ Vanliga orsaker till förvirringstillstånd kan vara läkemedelsbiverkningar, infektioner, blodproppar i lungorna eller i hjärnan, förstoppning, svårheter att tömma urinblåsan, allvarlig blodbrist eller hjärtinfarkt



Bästa möjliga vård för gamla människor



Geriatrisk vård istället för ortopedisk vård för patienter med höftfraktur *(Lundstrom M, Ageing Clin Exp Res 2007, Stenvall M, J Rehab Med 2007, Stenvall M, Osteoporosis Int 2007)*

- ▶ 199 patienter med höftfraktur lottades till vård på geriatrisk avdelning eller ortopedisk avdelning direkt efter operationen
- ▶ På den geriatriska avdelningen arbetade man i team där alla yrkesgrupper gjorde en noggrann bedömning av patienten ur ett helhetsperspektiv
- ▶ Man arbetade aktivt för att förebygga komplikationer och om patienten var förvirrad utreddes patienten snabbt för att kunna behandla den bakomliggande orsaken

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Patienterna på den geriatriska avdelningen fick intensiv rehabilitering, en aktiv behandling mot undernäring, och förebyggande åtgärder mot fallolyckor och benskörhet
- ▶ Patienter med höftfraktur som fick geriatrisk vård drabbades av färre komplikationer under vårdtiden
 - Färre blev förvirrade
 - Förvirringstillstånden gick över fortare
 - Färre fallolyckor inträffade under vårdtiden (60 jämfört med 18)
 - Färre nya frakturer under vårdtiden (4 jämfört med 0)
 - Färre drabbades av urinvägsinfektioner (51 % jämfört med 31 %)
 - Färre drabbades av trycksår (22 % jämfört med 9 %)

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Patienter med höftfraktur som vårdades på den geriatriska avdelningen efter operationen hade i genomsnitt 10 dagar kortare vårdtid (cirka 50 000 lägre kostnad per patient)
- ▶ Ett år efter operationen kunde tre gånger fler som vårdats på den geriatriska enheten gå självständigt (återigen sannolikt ännu större besparing för kommunen när äldre patienter med höftfraktur får en bättre vård)

Bästa möjliga vård för gamla människor



Geriatrisk kompetens och arbetssätt är en förutsättning för att effektivt förebygga fallolyckor bland äldre människor på äldreboenden (Jensen J et al, Ann Int Med, 2002)

- ▶ Hälften av de gamla på nio äldreboenden i Umeå bedömdes av ett geriatriskt team med avseende på riskfaktorer för fallolyckor
- ▶ Riskfaktorer som läkemedel, sjukdomstillstånd och nedsatt benstyrka och balans åtgärdades
- ▶ Om en person föll utreddes och behandlades alltid den bakomliggande orsaken

Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Risken att ramla under det kommande året minskade med 51 % och risken att drabbas av en höftfraktur minskade med 77 %



Bästa möjliga vård för gamla människor



- ▶ Antalet vård dagar på sjukhus minskade med 1140 för de 450 vårdtagare som geriatriken tog över ansvaret för
- ▶ För de 850 personer som geriatriken idag ansvarar för motsvarar det geriatriska ansvaret för särskilda boenden att landstinget sparar minst 2000 vård dygn vilket motsvarar cirka 10 miljoner kronor
- ▶ Sjuksköterskorna på äldreboendena bedömde att kvaliteten i vården av de äldre i Umeå blev mycket bättre när geriatrikläkare återfick ansvaret för äldreboendena

Geriatrisk kompetens i särskilda boenden



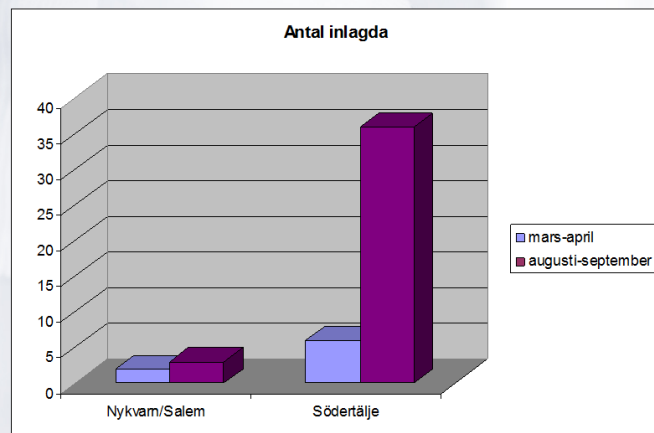
- ▶ Under 2010 jämfördes antalet inläggningar från de äldreboenden som primärvården hade ansvar för med de som geriatriken ansvarade för
- ▶ 10 gånger fler personer skickades in till akuten från primärvårdens äldreboenden
- ▶ 10 gånger fler personer lades in trots att samtliga hade kunnat behandlas på äldreboendet om hembesök hade utförts av en kompetent läkare

Geriatrisk kompetens i särskilda boenden



- ▶ Samma misstag som Västerbottens läns Landsting nu tänker göra gjordes för några år sedan i Södertälje där läkaransvaret för särskilda boenden överfördes från geriatriska kliniken till primärvårdsläkare
- ▶ Fem gånger fler patienter skickades in till akuten och fem gånger fler patienter lades in på akutklinikerna på Södertälje sjukhus

Geriatrisk kompetens i särskilda boenden



Antal inlagda



1. Goda kunskaper om åldrandet och åldrandets sjukdomar hos alla yrkesgrupper och inom alla områden där gamla människor vårdas



Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



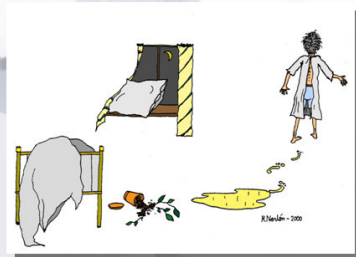
2. Vården måste organiseras så att den kan möta behoven hos multisjuka äldre människor. Utvecklingen mot en alltmer organspecialiserad sjukhusvård motverkar ofta en optimal vård av äldre

3. Teamarbete är en förutsättning och läkarmedverkan är nödvändig i utredning, vård, rehabilitering och omsorg av äldre människor

Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



4. Symtom hos äldre måste utredas och orsaken behandlas i samma utsträckning som hos yngre människor



Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



5. En säker läkemedelsbehandling kräver en noggrann utredning och alltid uppföljning av effekter och biverkningar då nästan inga läkemedel är utprovade på äldre människor. Kompetens och kontinuitet!



Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



6. Etiska övervägningar bör föregå utredning och behandling av svårt sjuka äldre människor. Optimal behandling inte maximal behandling!



Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



7. Kommuner och landsting måste samplanera och samarbeta för att garantera en god och kostnadseffektiv vård och omsorg. Gamla människors behov får inte användas i kampen om besparingar mellan olika huvudmän. Förutom ett onödigt lidande för den gamla människan leder avsaknad av samplanering oftast till ökade samhällskostnader

Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



8. Alla former av medicinsk behandling, t.ex. läkemedelsbehandling och rehabiliteringsmetoder måste utvärderas vetenskapligt även hos gamla människor, även t.ex. hos de med demenssjukdom
9. Prevention av ohälsa hos äldre måste prioriteras i vård, omsorg och forskning. Preventionen måste inriktas mot äldres vanligaste hälsorisker - fallolyckor, benskörhet, depression, demens, urinvägsinfektioner, malnutrition, läkemedelsbiverkningar, etc

Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



10. Patientnära klinisk äldreforskning måste prioriteras även i Sverige. Idag saknas nästan helt forskningssatsningar på äldreforskning - flera tidigare satsningar har lagts ned eller förts över till andra forskningsområden



Tio förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård och äldreomsorg i Sverige.



- ▶ Nationella riktlinjer saknar underlag för behandling av 80+
- kvalitetsregistren förvärrar situationen!
- ▶ Den Nationella läkemedelsstrategin glömmer den viktigaste förutsättningen för en säker läkemedelsbehandling av äldre människor – att den behandlande läkaren skall ha möjlighet/skyldighet att utvärdera effekter och biverkningar av insatta läkemedel!
- ▶ De mest komplext sjuka vårdas av de med lägst kompetens!
- ▶ De moderna fattigauctionerna och det fria vårdvalet har förvärrat situationen för de sköraste äldre människorna!
Prioriteringslagstiftningen satt ur spel?

Hot mot en god vård och omsorg av äldre människor



DEN GAMLA PATIENTEN - VÅRDENS STÖRSTA UTMANING



Tack för uppmärksamheten!



Wilhelmina Hoffman, Svenskt demenscentrum



www.demenscentrum.se

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm
telefon 08-690 58 00



Kvalitet i äldreomsorg

Hög kvalitet kräver enligt SOU 2001:6

- Tydligt ledarskap
- Tydlig värdegrund
- Utbildad personal

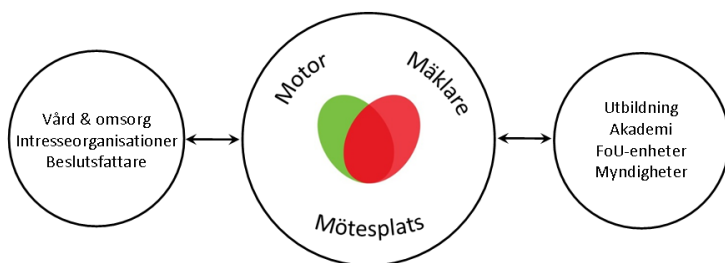
– Vi vill se föreskrifter hur detta ska uppnås och följas upp

www.demenscentrum.se

Kvalitet i äldreomsorg

- Tillräckliga resurser (tillräckligt antal och utbildad personal)
 - Tydlig struktur och organisation (ledarskap/värdegrund)
 - Lagreglering gällande skydds och begränsningsåtgärder (för ökad rättssäkerhet)
- Aldrig! På grund av för få eller dåligt utbildad personal eller dålig miljö

www.demenscentrum.se



Samlar, strukturerar och sprider kunskap
Verkar aktivt för nationell utveckling inom demensområdet

www.demenscentrum.se



Utbildning för kvalitet i äldreomsorg

- Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen



I dagsläget 32 515 deltagare

- Demens ABC – lägsta ribban i demensvård / inspirera till mer utbildning

- Utbildning Demens ABC plus - 6 moduler på gång

Kunskap om god vård och omsorg för att minska behovet av tvång och begränsning



www.demenscentrum.se