

Socialutskottets öppna seminarium
om äldrefrågor den 26 november 2009

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-85943-81-4
Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2010

Förord

Socialutskottet anordnade den 26 november 2009 ett öppet seminarium om äldrefrågor med anledning av utskottets behandling av äldrefrågor i betänkande 2009/10:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m. Mot denna bakgrund men också för att fördjupa diskussionen och öka kunskaperna kring dessa frågor anordnade socialutskottet det öppna seminariet.

Seminariet kan även ses som ett led i utskottets uppföljande och utvärderande verksamhet. Utskottet bedömer att vad som sades under seminariet är av allmänt intresse och att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen och de bilder som visades vid seminariet. Programmet finns i en bilaga till rapporten.

Stockholm i januari 2010

Kenneth Johansson

Ordförande

Monica Dohnhammar
Kanslichef

Socialutskottets öppna seminarium om äldrefrågor

Torsdagen den 26 november 2009 kl. 9.00–11.45 i Skandiasalen

Inbjudna:

Arne Sjöberg, vice ordförande i Svensk geriatrisk förening samt verksamhetschef vid Länssjukhuset i Kalmar

Socialstyrelsen

Håkan Ceder, överdirektör

Christer Neleryd, enhetschef

Nordanstigs kommun

Peter Dons-Möller, enhetschef

Katarina Lindberg, vik. enhetschef

Piteå kommun

Lena Esbjörnsson, verksamhetsutvecklare

Svenskt Demenscentrum

Wilhelmina Hoffman, föreståndare

Gunilla Nordberg, projektansvarig för forskning och utveckling

Nätverk för Silviasyster, Visby

Maria Boklund, silviasyster

Hanna Hällegård, verksamhetsutvecklare

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, Kalmar

Lennart Magnusson, verksamhetschef

Anhörigcentrum i Karlstad

Kerstin Tengwall, samordnare/anhörigkonsulent

Carin Wallman, anhörigkonsulent

Kristina Wennstam, anhörigkonsulent

Magnus Schedin, verksamhetschef

Sveriges Pensionärsförbund, SPF

Hans Lenkert, generalsekreterare

Pensionärernas riksorganisation, PRO

Lars Hedberg, 2:e vice ordförande

Guy Lööv, socialpolitisk ombudsman

Socialdepartementet

Ragnwi Marcelind, statssekreterare

Henrik Kjellberg, politiskt sakkunnig

Karin Hellqvist, kansliråd

Från socialutskottet deltog:

Kenneth Johansson (c), ordförande

Ylva Johansson (s), vice ordförande

Cecilia Widegren (m)

Magdalena Andersson (m)

Christer Engelhardt (s)

Marianne Kierkemann (m)

Barbro Westerholm (fp)

Marina Pettersson (s)

Jan R Andersson (m)

Lennart Axelsson (s)

Anders Andersson (kd)

Margareta B Kjellin (m)

Elina Linna (v)

Catharina Bråkenhielm (s)

Thomas Nihlén (mp)

Per Svedberg (s)

Ann Arleklo (s)

Kerstin Engle (s)

Rosita Runegrund (kd)

Gustav Nilsson (m)

Eva Olofsson (v)

Gunnel Wallin (c)

Maria Lundqvist-Brömster (fp)

Lars-Axel Nordell (kd)

Solveig Ternström (c)

Öppet seminarium om äldrefrågor

Ordföranden: Bästa seminariedeltagare! Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i socialutskottet och ska tillsammans med Ylva Johansson, vice ordförande, och kanslichef Monica Karlsson Dohnhammar hålla ihop dagens öppna seminarium.

Jag säger varmt välkommen till alla som deltar. Jag säger också välkommen till utskottets ledamöter, till företrädare för Socialdepartementet, till besökare, till medierepresentanter och till dem som följer oss via webb-tv.

Ett särskilt välkommen riktas också till en lång rad engagerade och kompetenta gäster som bjudits in till vårt seminarium för att belysa ett antal frågeställningar, delge oss erfarenheter och fördjupa våra kunskaper på äldreområdet.

Socialutskottet behandlar just nu regeringens budgetproposition och därutöver ett ganska stort antal motioner från partier och enskilda ledamöter som rör äldrefrågor. Dagens seminarium är ett led i att bereda dessa underlag.

Programmet är upplagt så att vi först får en aktuell bild av äldreomsorgen i dag och av vilka utmaningar vi står inför. Regeringen satsar på att ge kommuner stöd för att utveckla och stödja kvalitetsarbetet, bland annat med hjälp av ekonomiska styrmedel. Vi är intresserade av att få en bild av hur effekterna slår och av vilka resultat vi kan se uppnås. Framför allt gäller det också att få en ledning i hur vi går vidare samt vad erfarenheterna så här långt gett.

Dessa frågor ska vi diskutera bland annat med Socialstyrelsens företrädare. Dessutom ska vi få ett antal lokala exempel.

Härutöver lyfter vi särskilt fram några områden. Bland annat gäller det multisjuka äldre och behovet av intensifierade vård- och omsorgsinsatser för dessa personer.

Vi har prioriterat demensvården – erfarenheterna och hur vi ytterligare utvecklar kvaliteten i demensvården. Även här får vi sakkunskap och ett antal lokala exempel.

Jag tror att de flesta håller med mig när jag påstår att anhöriga är en omistlig resurs. Men hur fungerar anhörigstödet i dag? Vi vet att det finns goda exempel och har bjudit hit några personer för att få del av dem.

Innan vi går över till frågestunden då ledamöter har möjlighet att ställa frågor kommer företrädare för landets två största pensionärsorganisationer, SPF och PRO, att utifrån sina erfarenheter och kunskaper i första hand reflektera över de områden som vi valt att belysa.

Än en gång hälsas ni varmt välkomna.

Den första programpunkten gäller problem och utmaningar inom äldreomsorgen i dag. Ord och bild lämnas över till Håkan Ceder, överdirektör på Socialstyrelsen. Varsågod!

Håkan Ceder: Tack så mycket! Under mina 20 minuter tänker jag ägna huvuddelen av anförandet åt att berätta om de utmaningar som vi ser inom äldreomsorgen. På slutet kommenterar jag det statsbidrag som finns för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen.

Jag har gjort en lista med sju punkter om de utmaningar som vi ser och som jag här tänker redovisa. Jag vill understryka att punkterna inte står i prioriteringsordning, utan de gäller det som vi tror är de viktiga frågorna.

Den första utmaningen gäller hemsjukvården som spelar en allt viktigare roll för äldres hälsa och trygghet. För knappt ett år sedan levererade vi en rapport med en stor översyn av hemsjukvården. Vi kunde där konstatera att det finns problem på ett antal områden. Allt fler äldre får hemsjukvårdsinsatser och alltmer avancerade sjukvårdsinsatser. Detta ställer stora krav på tillgången till läkare och sjuksköterskor i verksamheten, även under jourtid. Vi kunde konstatera att tillgången ofta inte är tillräcklig. Av vår rapport framgår exempelvis att det fanns situationer där en sjuksköterska under jourtid hade ansvar för 400 patienter i hemsjukvården. Så får det inte vara, menar vi.

När det gäller organisation och innehåll i hemsjukvården varierar det kraftigt beroende på om det är landstinget eller kommunen som ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. Över huvud taget saknas en samlad beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och av vilken kompetens som ska finnas i verksamheten. Det innebär, menar vi, att vården i hemsjukvård i dag inte ges på lika villkor.

Av rapporten framgår också att patienterna har bättre tillgång till undersökningar, metoder och behandlingar av olika slag när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende är samordnat, alltså med kommunerna som ansvariga.

En annan fråga som vi lyft fram är bristen på rutiner när det gäller att på olika tider av dygnet, framför allt under jourtid, komma åt journalhandlingar. Alla förstår att om sådana rutiner inte fungerar finns det risker beträffande patientsäkerheten. Detta är en fråga som vi kommer att ägna mycket uppmärksamhet när vi vid årsskiftet får ansvaret för den samordnade tillsynen av sjukvården och socialtjänsten.

Den andra utmaningen gäller de äldres psykiska hälsa. Bland många äldre är psykisk ohälsa ett utbrett problem. Dessutom är frågan i dag dåligt uppmärksammat. I en rapport som vi för ungefär ett år sedan tog fram konstaterar vi att det för uppemot 30 procent av de äldre över 70 år rapporteras psykisk ohälsa av svårare eller lättare slag. En fjärdedel av alla självmord som inträffar i Sverige gäller personer över 65 år. Män över 65 år är den grupp bland 100 000 invånare där självmord i dag är vanligast.

Trots att psykisk ohälsa är vanligt förekommande är det ett område som är dåligt uppmärksammat. I vår rapport skriver vi att det troligen beror på att detta är någonting som ligger mittemellan psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård och att det i nuläget inte finns någon samlad strategi för hur de här frågorna ska hanteras.

Våra slutsatser är att huvudmännen här måste ta ett mycket större ansvar för att samarbeta och för ett gemensamt ansvarstagande. Det fordras att personal inom de här verksamheterna får en bättre kunskap om psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen ska bidra till kunskapsstöd här, bland annat genom de nationella riktlinjer som gäller ångest och depression som vi inom kort beslutar om men också genom annan vägledning som vi håller på att ta fram.

Den tredje utmaningen gäller de äldres läkemedelsbehandling. Vi vet att användningen av läkemedel har ökat oerhört kraftigt under de senaste åren. Genomsnittligt använder en person som är äldre än 80 år sex olika läkemedel. De sköraste, de sjukaste och de som finns i särskilda boenden använder i genomsnitt tio olika läkemedel.

Det här är en konsekvens av att nya läkemedel och nya behandlingsmetoder kommit fram. Men det innebär också en risk för polyfarmaci – det vill säga att kombinationen av olika läkemedel innebär risker för allvarliga läkemedelsbiverkningar. I vår senaste äldrerapport skriver vi att ungefär 30 procent av alla inläggningar av äldre på sjukhus beror på just biverkningar av läkemedel. Här behövs det insatser på alla nivåer för att förbättra läkemedelshanteringen. Huvudmännen har ett ansvar för att ansvariga har tillräcklig kompetens och för att det utvecklas rutiner för en patientsäker läkemedelshantering.

I Socialstyrelsen pågår ett arbete med att förtydliga den föreskrift som finns om läkemedelshantering. Det arbetet har pågått ett tag. Det är viktigt att vi snart blir klara. Planeringen där är att det ska införas en uttrycklig bestämmelse som innebär att äldre som så vill ska ha rätt till en fast läkarkontakt. En sådan fast läkarkontakt ska ha ett uttryckligt ansvar för samordningen av läkemedelsbehandlingen för personen i fråga. I de här föreskrifterna räknar vi med att det ska finnas tydliga bestämmelser om att regelbundna läkemedelsuppföljningar ska göras. Vi arbetar också hårt på att bättre kunna följa utvecklingen på området genom kvalitetsindikatorer och öppna jämförelser.

Den fjärde utmaningen gäller strukturomvandlingen i äldreomsorgen. Här handlar det om utvecklingen under en följd av år med ett ganska kraftigt minskat antal platser i särskilt boende och med en ökad satsning på hemsjukvård och hemtjänst. Jag har några bilder som belyser detta och som inte på något sätt är okända.

En bild visar utvecklingen av antalet platser i särskilt boende för äldre mellan åren 2000 och 2008. Det är en kraftig minskning, från 118 000 platser till i dag 96 000 platser. Det har skett ett trendbrott under senare år. Under de två senaste åren har det faktiskt skett en viss ökning.

En bild visar täckningsgraden i hemtjänst, den blå kurvan, och särskilt boende, den röda kurvan, för personer över 80 år. Vi ser här hur täckningsgraden successivt har minskat när det gäller särskilt boende och kraftigt ökat när det gäller hemtjänsten.

Den här strukturomvandlingen har inneburit att tillgången till särskilt boende i många kommuner är i obalans, att kraven för att få särskilt boende

successivt har ökat och att de som beviljas plats i särskilt boende ofta får vänta orimligt länge på sin plats.

Socialstyrelsen har tillstyrkt förslagen om trygghetsboende. Men vi tror inte att trygghetsboendet kommer att kunna lösa problemet med få platser i särskilt boende, utan vi tror att det kommer att behövas satsningar på båda boendeformerna.

Den femte utmaningen gäller individanpassad äldreomsorg. Här har vi stoppat in flera olika saker: äldres möjligheter att påverka den omsorg de får, det sociala innehållet i omsorgen och andra liknande frågor.

En grundläggande förutsättning för en individanpassad äldreomsorg är att man som äldre kan delta i utformningen av socialtjänstens insatser. I den senaste Äldreguiden mäter vi hur det står till på den här punkten. Vi kan konstatera att ungefär två av tre äldre ges möjlighet att delta i den genomförandeplanering som sker. Det är en högre siffra än tidigare år, men samtidigt är det en låg siffra med tanke på att socialtjänstlagen faktiskt innehåller bestämmelser om att de äldre ska ha möjlighet att delta i planeringen av insatserna.

I flera sammanhang har vi rapporterat om brister när det gäller det sociala innehållet i äldreomsorgen. Sedan i våras genomför vi årliga nationella brukarundersökningar om hur äldre värderar kvaliteten i äldreomsorgen. Vi har undersökt kvalitetsvariabler av olika slag. Genomgående värderar äldre på de allra flesta områdena kvaliteten ganska högt. Ett område sticker särskilt ut både när det gäller hemtjänst och när det gäller boende. Det gäller sociala aktiviteter och det sociala innehållet som ligger väsentligt lägre än de andra kvalitetsområdena. Det område som ligger näst lägst är maten.

Helt kort gäller andra frågor under rubriken hur vi i framtiden ska klara att ge alla de många äldre och de allt fler med utländsk bakgrund en kulturanpassad äldreomsorg, hur vi i framtiden ska klara att tillgodose de nationella minoriteternas rätt att få en kulturanpassad äldreomsorg och hur vi kan säkra ett värdigt och bra bemötande när det gäller hbt-personer i äldreomsorgen. Jag tror att det på alla dessa tre områden finns mycket att göra.

Den pågående satsningen på ökad mångfald tror vi kan förbättra förutsättningarna för att på ett bättre sätt anpassa stöd och vård. Vi har i uppdrag att fördela ett statsbidrag för att förbereda kommunerna på detta. Intresset från kommunerna har varit stort. De pengar som avsatts har fördelats. I 210 kommuner har man fått pengar. Där pågår förberedelser för att införa valfrihetssystem, med stöd av nämnda statsbidrag.

Den sjätte utmaningen gäller kompetensförsörjningen. En given förutsättning är att det finns en bra, engagerad och kompetent personal. Det är rimligt att tro att det finns ett samband mellan en hög kompetensnivå och en bra kvalitet. Därför är det glädjande att se att den andel av personalen i äldreomsorgen som har yrkesförberedande utbildning har ökat under de senaste åren. Vår senaste siffra i Äldreguiden är att ungefär 70–75 procent har en sådan yrkesförberedande utbildning. Jämfört med hur det var för tio år sedan uppskattar vi att det nu är en ökning med ungefär 10 procentenheter. Ungefär 13–

15 procent av personalen har högskoleutbildning. Där är läget ungefär som det var för åtta eller tio år sedan.

Jag vill understryka att det när det gäller framtida satsningar i kompetensfrågan är viktigt att också fånga upp ledarskapet. Cheferna i äldreomsorgen har en komplex uppgift. Ibland ska de arbetsleda en väldigt stor personal, så på det sättet har de inte en lätt uppgift.

Den sjunde och sista utmaningen gäller stödet till anhöriga. Visserligen ser vi att det är en positiv utveckling i landet. Allt fler kommuner kan erbjuda ett bra stöd till anhöriga, mycket på grund av det statsbidrag som getts i många år. Det bör ändå finnas med på listan dels därför att det spelar en så central roll i äldreomsorgen, dels på grund av att det nu är en skyldighet för kommunerna att ge stöd till anhöriga. Utmaningen ligger i att se till att den positiva utveckling som vi kan se här fortsätter och att lagändringen kan realiseras på ett bra sätt. Också här har Socialstyrelsen en viktig uppgift. Vi håller nu på med att ta fram en bred informationssatsning och ska ta fram en vägledning som stöd för tillämpningen av den nya regeln. Så småningom ska vi också följa upp reformen.

De sista minuterna ägnar jag åt statsbidraget. I dag går det inte att uttala sig om vilka effekter detta har för kvalitet eller för äldres livsvillkor. Däremot har vi samlat på oss erfarenheter under den här perioden. På många områden pågår ett arbete med att följa upp effekterna. Vi gör det centralt. De regionala FoU-enheterna har också fått i uppdrag att göra en uppföljning.

Pengarna har kunnat fördelas till sju områden. Det rör sig om mycket pengar under fem år, 4,6 miljarder. Rehabilitering, kost, nutrition, demensvård, läkemedelsgenomgångar, det sociala innehållet, förstärkt läkartillgång och förebyggande hembesök handlar det om.

Bilden visar fördelningen för åren 2007 och 2008. För 2009 är det en likartad bild när det gäller pengar till kommunerna. Några områden sticker ut: rehabilitering, det sociala innehållet – vilket vi tycker är väldigt glädjande – och demensvården. Ni ser själva hur det ser ut för övriga områden.

Även på landstingssidan dominerar rehabilitering och naturligen då förstärkt läkartillgång och läkemedelsgenomgångar. Även här har demensvården ägnats stort intresse

När det gäller erfarenheter har statsbidraget mött ett väldigt stort gensvar – inte bara, tror vi, därför att det handlar om mycket pengar utan också därför att områdena upplevs som angelägna utvecklingsområden. De sju områdena är de centrala för äldreomsorgen. Det är de signaler vi har fått. Det här har lett till ett stort engagemang på alla nivåer – på politisk nivå och på chefsnivå men också långt ned i organisationerna bland dem som möter de äldre; många av initiativen till projekt kommer faktiskt därifrån.

Vi får också, vilket är glädjande, signaler om en permanentning. Vi vet att det för många av de verksamheter som satts i gång redan har fattats beslut om en permanentning, trots att det är fråga om statsbidrag. Detta är naturligtvis mycket viktigt.

Hela satsningen har på ett bra sätt främjat samverkan mellan kommuner och landsting. Särskilt på två områden – på områdena rehabilitering och läkemedelsgenomgångar – har man inlett ett samarbete och har gemensamma projekt.

Satsningen har inneburit kompetensförstärkningar på flera områden. Man har rekryterat personal som man tidigare inte haft. När det gäller mat har man till exempel rekryterat dietister och lärare från restaurangskolor just för att förbättra kvaliteten. Det gäller också i hög grad det sociala innehållet.

Tidigare eftersatta områden har även kunnat uppmärksammas. Maten är ett mycket bra exempel. Den frågan fanns tidigare inte alls tydligt på agendan. Det gäller också det förebyggande arbetet. Statsbidraget har lett till att ungefär 100 000 äldre runt om i landet har fått hembesök just i förebyggande syfte och för att de ska få information om vad som finns att erbjuda.

Vidare vill vi understryka det värde som långsiktigheten haft i den här satsningen. Det har inte varit en ett- eller tvåårig satsning, utan satsningen har pågått i fem år. Det finns signaler i budgetpropositionen om att den ska fortsätta. Det tror vi är mycket viktigt för att det hela ska bli framgångsrikt.

Jag kommer nu till andra styrmedel som är aktuella och som är väl så viktiga. Vid årsskiftet får vi ansvaret för att bedriva en samordnad tillsyn för sjukvård och hemtjänst. Jag tror att äldreområdet är det område som vinner mest på en sådan samordning. Här handlar det verkligen om verksamheter där sjukvård och socialtjänst bedrivs parallellt. För övrigt har vi nyligen fått regeringens uppdrag att förstärka tillsynen inom äldreområdet. Detta kommer att bli mycket viktigt för oss.

Vi har också genom riksdagens beslut fått ett utökat mandat att normera inom socialtjänsten. Det mandatet kommer vi att använda bland annat till att se över om det behövs mer normering på äldreområdet när det gäller socialtjänstens delar. Vi ska också försöka bygga samman de kvalitetsföreskrifter som i dag finns separat för sjukvård och socialtjänst och som är de viktigaste regelverken för kvalitetsarbete samt samordna dem för sjukvård och socialtjänst. Vi tror att det kan ha stor betydelse för att staten ska bli tydligare om vad som gäller i kvalitetsarbetet.

Vi jobbar hårt med öppna jämförelser. Också där har vi regeringens uppdrag att ta fram mer relevanta kvalitetsindikatorer och att öppet redovisa dem. Vi vet att det är ett bra styrmedel på alla områden, inklusive äldreområdet.

Allra sist: Kunskapsstyrningen är mycket viktig. Under första kvartalet nästa år kommer vi att besluta om nationella riktlinjer för demensvården. Det är ett material som är mycket efterlängtat. Vi vet att det kommer att vara ett stort sug efter det. Under hösten har vi genomfört 15 regionala konferenser. På det sättet har vi mött 2000 nyckelpersoner inom demensvården – politiker, chefer på olika nivåer samt patientföreträdare. Vi tror att det på det sättet finns bra förutsättningar för att riktlinjerna när dessa kommer ut är bra förankrade och för att de får genomslag.

Ordföranden: Tack så mycket, Håkan Ceder, som hjälpt oss med att se såväl utmaningar, som vi naturligtvis vill ta tag i, som effekterna av ekonomiska styrmedel så långt det nu går att visa på dessa.

Ordföranden: Vi ska nu från personer som vi önskat skulle komma hit få lyssna till två lokala exempel som vi hört talas om. Det gäller Nordanstigs och Piteå kommuner, vilkas representanter har en kvarts talartid att dela på.

Först ut är Peter Dons-Möller och Katarina Lindberg från Nordanstigs kommun. Varsågod!

Peter Dons-Möller: Jag ska börja med att säga några ord om min bakgrund. Jag kommer från Danmark men har bott i Sverige i fem år. Just nu jobbar jag som projektledare när det gäller lagen om valfrihet. I 30 år har jag jobbat med äldreomsorg. Innan jag flyttade till Sverige jobbade jag med kvalitetsarbete i Danmark i KL, motsvarigheten till SKL i Sverige.

I Danmark jobbade jag med att ta fram ett kvalitetssystem som heter Fælles sprog som nu är nationellt.

Katarina Lindberg: Jag delar projektledartjänsten med Peter inom LOV-projektet i Nordanstig. Jag har jobbat inom äldreomsorgen i 30 år och har bakgrund som undersköterska. Sedan har jag jobbat med vårdtidsmätningar traditionellt där man fokuserar på vad brukarna inte kan i stället för vad de kan.

Peter Dons-Möller: Jag ska säga lite om bakgrunden. Vi började i Nordanstig för två år sedan med att se på hur vi kan förbättra kvaliteten för de äldre. Hemtjänsten önskade att få ett bättre sätt att styra resurserna på, och vi fokuserade på tre viktiga faktorer.

Den ena var först och främst kvaliteten, att vi ska ha mesta möjliga kvalitet.

Vi ville gärna, som så många andra kommuner, göra det till absolut lägsta kostnad. Det får inte kosta pengar.

Vad som också är viktigt är att personalen ska trivas på jobbet. Det ska vara roligt att gå till jobbet.

Det som var viktigt för oss i första hand var att brukaren, kunden, ska vara i centrum. Planering ska göras utifrån det. Det gjorde att vi måste ha en kvalitetsbeskrivning. Vi ville ha kvalitetsfaktorer som var mätbara. Vi ville inte ha en planering som ska styra. Nu har jag jobbat med en rammodell, där kvaliteten påverkas av hur mycket jobb det är att göra. Finns det mycket att göra får man sänka kvaliteten. I framtiden vill vi att kvaliteten ska vara fast. Sedan ska man bemanna och styra utifrån den kvalitet vi har fastställt.

Slutligen ger vi brukarna en viss garanti för att när vi genomför det gör vi det efter brukarens önskemål. Det gjorde att vi måste ta fram en kvalitetsstandard, delvis inspirerad från min tid i Danmark.

Katarina Lindberg: Vad är då en kvalitetsstandard? Vår kvalitetsstandard innehåller en insatskatalog, en insatsbeskrivning. Det handlar om att genomförandet måste vara brukarstyrt. Vi har en målgaranti.

Insatskatalogen är en förteckning över de vanligast förekommande insatserna med standardtider. Insatserna ska alltid beviljas utifrån ett individuellt behov. Standardtiden ska ses som en genomsnittstid för insatsen. Den beviljade tiden ska vara individuellt anpassad till den enskildes behov.

Då har vi några insatser som vi vill peka på. Vi har någonting som heter social samvaro och pedagogisk insats, där man alltså har en lärande funktion i hemtjänsten.

I insatsbeskrivningen (Bild) beskriver vi vilka uppgifter som vanligtvis ingår i insatsen. Här har vi beskrivit en, personlig omvårdnad. Vi ställer krav på brukaren också, vad brukaren ska ställa upp med. Beskrivningen av insatserna jobbar vi mer med.

Sedan har vi försökt sätta en kvalitet när det gäller genomförandet. Kontaktmannen blir en viktig person. Kontaktmannen och brukaren ska tillsammans upprätta en genomförandeplan, och i den ska framgå vad insatsen omfattar, när och hur den ska utföras.

Vårt kvalitetsmål i Nordanstigs kommun är att vi ska uppnå att alla insatser ska levereras inom en överenskommen tid i 80 procent av fallen. Det är någonting vi kan följa upp eftersom alla avvikelser ska dokumenteras. När det gäller insatser som är personbundna, som personlig omvårdnad som att äta och dricka, får man max avvika från den överenskomna tiden med 30 minuter. När det gäller kringinsatser som städning kan man skjuta på det upp till två timmar.

Peter Dons-Möller: Vi kommer att jobba vidare med detta. Det är viktigt att vi har fokus på de här kvalitetsfaktorerna som ska säkra att vi utför allt efter brukarens önskemål, inte på verkställarens.

Viktigt är att vi alltid har brukaren i centrum. Vi vill ha kvalitetsfaktorer som är mätbara. Viktigt är att undvika att vi gör kvantitet till kvalitet; vi vill hitta kvalitetsfaktorer, inte kvantitetsfaktorer.

Lena Esbjörnsson: Jag jobbar som verksamhetsutvecklare i Piteå kommun sedan tolv år tillbaka. Jag kan berätta att det är ett av de roligaste jobb man kan ha.

När det gäller våra statliga stimulansmedel (Bild) har vi jobbat med en metod som vi har praktiserat de senaste tolv åren då vi har jobbat med de internbudgetpengar som vi har kunnat få, och vi har tyckt att det har varit bra. Men

nu har vi haft möjlighet att med mycket mer pengar jobba mer intensifierat och få ut mycket mer av det.

Vår tanke är att man ska jobba inifrån, man ska ta till vara de resurser som finns hos omsorgstagarna, som finns hos personalen och de önskemål som finns. Därför har vi gått ut i verksamheten och sagt att ni får söka pengar utifrån ett fastställt formulär. Kravet från vår sida är att man gör en projektbeskrivning och gör en kalkyl. Vi har lagt ut lite lathundar på vad varje timme kan kosta. Vi har sagt att man ska beskriva hur man följer upp och redovisar arbetet.

Det här var lite jobbigt i början, för man var inte van att få så mycket ansvar. Man var inte van att skriva ned, men vi har haft den pedagogiken att vi har hjälpt till men inte gjort jobbet. Vi säger så här: Låt tusen blommor blomma. (Bild) Det här har vi redovisat när det gäller de statliga stimulansmedlen i nästan 100 olika projekt ute i den praktiska verksamheten.

Kravet är också att man ska implementera det i verksamheten och att det ska vara hållbart, att det inte ska vara någonting som bara finns i projektförhållande. Man har sökt pengar från 5 000 kronor upp till 100 000 som man har fått att jobba med. Vi tycker att vi ska ta vara på de tre K:n som finns i äldreomsorgen – personalens kunskap, klokskap och kreativitet.

Det har inneburit att vi har haft mellan 300 och 400 personer som har jobbat med kompetensutvecklingspengarna, de statliga stimulansmedlen, som inte bara ger kompetens utan också en personlighetsutveckling och en grupputveckling.

Kravet från oss är vidare att man ska ställa upp på vår egen kvalitetsmessa, som vi har en gång per år. Där väljer vi ut ett antal projekt. Man får stå vid stora scenen i Pite havsbad där de stora stjärnorna står och presentera projektet för sina arbetskamrater, 200–300 varje gång. Så får man beskriva sitt projekt. En del använder sig av två minuter, för man klarar inte mer därför att man aldrig stått på en scen. En del använder 20 minuter. Jag finns alltid med och säger: Klarar du inte av det här kan jag ta ditt manus och gå in i ditt ställe. Det har hänt en gång, och vi har haft kanske 500–600 personer på scenen.

Vi har genom statliga stimulansmedel haft möjlighet att trycka en bok som heter *Ett ögonblick i sänder* där vi med bilder beskriver olika projekt som personalen har gjort. Vi sade att vi ville ha en vacker bok, för vi vill visa att äldreomsorgen är viktig, vi vill ha det fint.

På senaste kvalitetsmässan fick alla i personalen var sin bok, och jag önskar att få skicka boken till socialutskottets medlemmar.

Exempel på vad man har gjort är: Man har ordnat charterresor. Vi har ett solrum i Piteå. Vi har anställt ett antal undersköterskor som reseledare. Man har haft möjlighet att använda sig av den leasade bussen för att hämta de äldre inom hemtjänst och äldreboenden. Man har fått sola, och man har fått ”paraplydrinkar”. Den generation som är äldre i dag är van vid charterresor.

Vi bor i ett område där det är mycket snö och folk är vana att gå i fjällen. De som inte vill åka på charterresa och sola åker till fjällen några mil utanför ett av våra äldreboenden. Dit kunde man också åka på charterresa. När jag var

där en gång började alla skratta och frågade: Men vad har ni gjort? Det visade sig att personalen hade satt grankottar på tallarna och tvärtom.

Det är viktigt, då har man fått till stånd det som är kompetens. Vem har den mesta kompetensen?

Jag vill även tala om skrivelsen Den tredje åldern. Det är några undersköterskor som har jobbat jättemycket med att ta ut de gamla för att bada i badhuset. De hade förstås inga baddräkter, utan man gick i en outletaffär och köpte billigt. Man badade och badade. Det är ett projekt som man kommer att söka mer pengar till för att lära andra boenden att göra samma sak, att använda sig av det som finns i samhället i övrigt. De gamla har möjlighet att ta med sig kaffe och sitta och fika där. De som inte vill bada kan följa med och fika.

Man har jobbat mycket med något som kallas side-by-side-cykel. Det har varit två som cyklat Innfjärden runt, som är ett motionslopp som är tre mil långt. Man byter cyklister under loppets gång, och det har varit med en foljebil där de som inte orkar cykla får åka. En av personalen har cyklat bredvid ifall man behöver hjälp. Man hade första året en 90-årig kvinna med som tyckte att hon fick cykla alldeles för lite. Året därpå sade hon: Nu vill jag cykla själv. Hon gjorde det tillsammans med personal, ingen konkurrens från andra omsorgstagare. Nu har hon sagt: Kan vi cykla till sommaren igen? Ja, säger personalen, om vi orkar.

Dessa fick i alla fall Götapriset, Sveriges finaste pris, på kvalitetsmässan i Göteborg i förra veckan. De stod på Göteborgsoperans scen och tog emot 150 000 kronor plus en staty från Kjell Engman. De ska nu jobba vidare med de pengarna för att förgylla tillvaron för de boende beroende på vad de boende vill ha.

Ordföranden: Vi går vidare, och då är temat multisjuka äldre. Nästa talare är Arne Sjöberg, vice ordförande i Svensk geriatrisk förening och verksamhetschef vid Länssjukhuset i Kalmar.

Arne Sjöberg: Jag är helt imponerad av Lena. Så där skulle jag vilja ha hemma i Kalmar. Jag tänkte på den princip som du lyfte fram flera gånger: framförhållning, som jag tror är en gyllene princip när det gäller hur vi hanterar frågor inom äldre vården. Det som jag ska ha fokus på är de mest sjuka äldre.

I min presentation tänkte jag beröra områdena: värdegrund, epidemiologi, vår nationella läkarpolicy och framför allt det framtidsprogram som jag tror att man behöver förhålla sig till och ta ställning till när det gäller satsningar de närmaste 5–15 åren.

I grund och botten handlar det om ifall vi tycker om gamla människor. Gör vi det? På ytan pratar vi mycket om rätt och fel och har regler, föreskrifter och lagar, men under finns någonting som handlar om gott och ont. Jag var ute i den kommunala verksamheten för någon vecka sedan, och vi pratade om hur svårt det är att som medarbetare, sjuksköterska eller undersköterska, följa en svårt sjuk döende den sista tiden. Så var det någon som sade: Det känns ändå

på något sätt lite lättare när det är en riktigt gammal människa jämfört med när vi kommer in i ett hem där det är en ung familj. Det kan man förstå. När man går till sig själv känns det rätt så naturligt att ha den upplevelsen.

Men varför vill jag lyfta fram just det exemplet? När vi pratar om lika människovärde får vi reflektera över vad det står för att ha den uppfattningen. Jag möter i min vardag väldigt många av de allra äldsta mest sjuka som befinner sig i den sista tiden. Jag har svårt att tycka att det ena är lättare eller svårare än det andra när det gäller just åldern.

Därför vill jag använda ett par minuter runt resonemanget om värdegrunden. Vi kan jobba hur mycket vi vill med olika strategier och förändringar i struktur och processer, men om vi inte samtidigt jobbar med värdegrundsfrågorna är jag tveksam till ifall vi kommer fram dit vi vill.

Den här högst egenproducerade bilden på en levnadskurva (Bild) ska försöka föreställa vem som helst av oss. Någonstans ska vi dö, och någonstans föds vi vid linjen i bilden. Perioden innan befinner vi oss i livmodern.

Resonemanget går ut på att vi under de första 15, 20, 30 åren har en tillväxt av funktioner när det gäller det biologiska åldrandet. Vi får en reservkapacitet, som vi sedan använder för resten av livet. Men när vi börjar komma upp i åldrarna 80, 90 och mot 100 år, när vi når diamantåldern, är vi biologiskt lika sköra som när vi föddes. Det är inte många som tänker på det. Njurfunktionen är ungefär hälften i den åldern. Den individuella förändringen ligger på ungefär en 50-procentig reduktion av njurfunktionen från 40 till 80 år, vilket förresten har implikationer på hur vi hanterar läkemedel till äldre. Den lilla eller lille nyfödda befinner sig i sin mognadsprocess ungefär där man är som gammal. Vi kan se likheter organ efter organ. Vem av er kan föreställa sig att stoppa i en nyfödd 17 olika läkemedel? Men det gör vi med gamla.

Jag tar ett annat exempel. Inför förberedelserna för i dag har en liten figur hela tiden dykt upp i huvudet på mig, mitt barnbarn Adrian. Han är 4 år 5 månader och 7 dagar i dag. Varför dyker han upp när jag har förberett den här bilden? Jag känner att han har ett budskap. Det är någonting i detta som är viktigt. När jag tittade på den här bilden slog det mig att jag ägnade ganska mycket tid när han var alldeles nyfödd åt att byta blöjan. Byta en blöja kan man göra på olika sätt, på en eller två minuter klarar man det. Men för mig kunde det ta fem eller tio minuter. Föräldrarna undrade vad jag höll på med, det var ju bara blöjan som skulle bytas. Det handlade förstås om ett möte som ni förstår att jag menar. Det handlade om leenden, om kommunikation, smekningar, att farfar möter sitt barnbarn och försöker på sitt sätt överföra någonting och få en kontakt. Det är så man kan hantera ett blöjbyte här i livet.

Men jag funderar ibland hur det går till när man blir äldre, när vi ska prestera något, sätta pinnar, räknar hur många besök och insatser man har gjort för de äldre. Med Maslows tänkande är det viktigt att man får blöjan bytt, och det är ingen som pratar om hur. Det har att göra med våra grundläggande värderingar.

Parallellt med allt annat vi gör måste vi satsa på just att diskutera och reflektera över de olika värderingsgrunder som vi har att ta hänsyn till när vi möter och vårdar våra äldre.

Ett annat exempel ur vardagen är Elsie, 86 år. Jag kan inte säga att Elsie är representativ för alla de mest sjuka äldre, men det var en kvinna som jag mötte på akutmottagningen efter att medicinjouren kallade på geriatrikjouren.

Det visade sig att den här kvinnan på ett och ett halvt år hade besökt akutvårdsmottagningen 98 gånger. Varje gång ville man utesluta en hjärtinfarkt, och ni kan förstå att journalhögen var stor – det var på den tiden vi inte hade datajournaler. Det var EKG och blodprov tagna varje gång. Hon hade stannat över natten och ibland hamnat på hjärtintensiven.

Naturligtvis hade hon ingen hjärtinfarkt. Hon hade någonting annat som kan te sig som en hjärtinfarkt, och det kallas för ångest. När man väl tänkte den tanken och såg handlingsplanen var det väldigt små insatser som behövdes. Ni kan föreställa er den kostnad det hade varit under ett och ett halvt år innan, förutom att man säkert hade tömt den här damen på en och en halv liter blod. Ni som är sjuksköterskor vet hur mycket blod man tar varje gång. Det är en gammal behandlingsmetod.

I ett system där man har ett organtänkande vid omhändertagandet – man ska göra saker och ting och absolut utesluta det ena eller det andra – blir det så för en människa som Elsie att hon åker fram och tillbaka till en akutmottagning, alla gör sitt bästa, men hon får inte sina behov tillgodosedda.

I det här fallet handlar det om en samverkan mellan vår avancerade hemsjukvård och den kommunala hemtjänsten. Efter det tillbringade hon inte en enda dag på sjukhuset på akuten. Hon levde ett och ett halvt år till. Det är bara ett exempel på att det finns utmaningar i systemet som vi behöver fokusera på.

(Bild, ökning av antalet äldre) Jag vill åter trycka på hur problemet, eller som jag hellre vill kalla det utmaningen, ökar. Vi ska vara tacksamma för att vi har en ökning av våra äldre. Det är vår uppgift att redan i dag med framförhållning fundera på hur man möter upp det och gör det både kostnadseffektivt och med ökad livskvalitet. Bilden visar ökningen av gruppen mest sjuka äldre som finns med i det policyprogram som tre läkarföreningar har tagit fram och som jag ska nämna lite om.

Det är ett spännande arbete, ett nationellt policyprogram som tre specialistföreningar står bakom. Svensk geriatrisk förening samlade Svensk förening för allmänmedicin och Svensk internmedicinsk förening till samtal för två år sedan. Ambitionen var: Kan vi hitta någon gemensam policy som vi alla tre föreningar står bakom för att förbättra möjligheterna att ta hand om våra mest sjuka äldre? Det var stora frågetecken innan. Men det gick hur lätt som helst. De svårigheter som vi hade låg framför allt i att hitta mötestider. Det är lite drygt 10 000 läkare som står bakom de här föreningarna.

Det handlar om enkla saker men ganska konkreta, som att patienten ska ha namngiven vårdgivare, både i slutenvården och hemma i öppenvården, eller i sin bostad. Då ser jag framför mig att det finns en namngiven distriktsläkare,

en namngiven geriatriker på sjukhuset. Det finns också namngivna ansvariga sjuksköterskor. De här människorna bildar ett team som ska fixa allting. Patienten ska egentligen bara veta i stort sett ett telefonnummer. Med riktig framförhållning behöver hon aldrig ringa till det telefonnumret.

Alltså få namngivna personer – lite i linje med vad vi hörde Håkan här prata om – tydligheten för patienten: Vem ska man vända sig till? Givetvis måste det sedan finnas en kunskap. Jag var inne tidigare på kunskap om det normala åldrandet, och jag ska återkomma till det. Givetvis måste det finnas en stabil medicinsk kunskap om just åldrandets sjukdomar, framför allt då det handlar om flera sjukdomar samtidigt.

Vi jobbar med team. Vi vill ha direktinläggningar på vårdavdelningar så att våra gamla ska slippa vänta på akutmottagningar. När olyckor händer av allvarlig karaktär är det den tysta 90-åringen på akutrummet som får vänta.

Vi ska inte jobba som vi gör i dag med diagnosrelaterade arbetssätt. Det måste vara en situationsorienterad vård som vi inriktar oss mot. Begreppet de mest sjuka äldre är en situationsorienterad definition. Det bygger inte på en diagnos. Bakom den situationen finns det när det gäller vårddelen minst fyra fem olika diagnoser förstås. Men utmaningen ligger i att se hela människan och inte bara de enstaka organen. Det är helhetsvården som ligger som bas. Det här synsättet med helhetsvård delar vi i mycket hög grad med den palliativa vården.

Det här resonemanget landar i ett framtidsprogram, och det kan man utveckla ännu mer. Jag har försökt ha fokus på det som i dagsläget verkar vara mest nödvändigt att förhålla sig till. Det ska vara ett program som är både lärande, säkert och kompetent. Det är jätteviktigt. Det syftar till att ge tryggare vård med mer livskvalitet för de mest sjuka äldre. Som ni ser (Bild) är det fem strategiska områden. Delvis har vi nämnt en del av dem tidigare i dag, och vi kommer att få höra mer senare i dag. Sedan följer i det här fallet 17 operativa handlingsplaner där man mycket enkelt processmässigt kan följa dem.

Det handlar om utbildning, och där tror jag att Wilhelmina kommer att lägga ut texten, både mer och bättre. Jag vill bara lyfta fram att det handlar om att vi måste få mer tid i läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen för detta, och det gäller både det normala åldrandet och geriatrik. Det är ett märkligt fenomen ute i våra landsting där man ännu inte har uppfattat att man bör omfördela ST-block från andra superspecialiteter till geriatrik. Alla säger att det finns så få geriatriker. Ja, tacka sjutton för det. Det är ingen som har lagt upp något åtgärdsprogram för det. Lösningen ligger inte enbart i fler läkarplatser på grundutbildningen, utan det handlar om att fånga upp de läkare som vill bli geriatriker. Det är fler och fler som vill bli det. Men runt om i landstingen finns det inga ST-block. Det är väldigt angeläget.

Jag brukar själv säga att det finns specialister med andra specialiteter som pensionerar sig, och då kan man omfördela det till ST-block och geriatrik. Det är ett långsiktigt bygge, men det är nödvändigt om vi vill ha en kompetensutveckling i geriatrik. Vem ska hålla i det om inte specialisterna? Vi ska inte ha

något slags B-utbildning eller B-kompetens. Det här ska vara en spetskompetens, och då måste det vara specialister som ansvarar för den utbildningen tillsammans med sjuksköterskorna förstås.

Sedan är det en jätteviktig grej som gäller utbildning som man talar alldeles för lite om. Hur ska vi komma åt fördomar och förutfattade meningar om åldrandet? Jag vet att det här i rummet sitter många som är rädda för att åldras. Jag längtar efter att bli gammal. Det verkar så spännande när man talar med gamla människor, både friska och sjuka.

Ett sätt att komma åt fördomarna är att redan i grundskolan lägga in några timmar om det normala åldrandet. Ungdomarna här ju far- och morföräldrar och skulle tycka att det var jättespännande. Det kunde vara fem–sex timmar i åttan och nian, och sedan följer man upp det med fördjupning någon eftermiddag i gymnasiet. Då lägger man en grund till ett värdegrundstänkande.

Arbetsätt, äldreteam och situationsdiagnoser har jag nämnt. Vi kan jobba med geriatriska rådgivningsteam som vi har jobbat med de palliativa rådgivningsteam. Det har varit ett lyckat koncept.

Nätverksbyggande är väldigt effektivt. I Kalmar län har vi i den palliativa vården 85 palliativa ombud, sjuksköterskor både på sjukhus och ute i kommunerna, som är fantastiska förmedlare av kunskap till omsorgsassistenterna och undersköterskor.

Anhörigstöd i hemmet är viktigt, och det kan utvecklas. Actionnet är ju ett exempel på det. Det kan mycket väl användas för den sjukaste gruppen av äldre.

Det är viktigt också för att få en tydlig omsorgsplan. Tre landsting har kört fast i att man inte har hittat något vettigt sätt att se den gemensamma dokumentationen för att man har lite olika system. Det måste gå att lösa, liksom stöd i läkemedelsplaneringen. Att följa våra nationella kvalitetsregister kommer att bli jättespännande och ett stort och bra stöd för att följa upp till exempel riskpatienter.

Brukarråd kan utvecklas så att vi verkligen får patientråd, pensionärsråd och anhörigråd knutna till de här frågeställningarna. Det är viktigt att kunna sätta det i system.

Ordföranden: Tack så hemskt mycket! Nästa föredragning handlar om kvalitetsutveckling i demensvården. Det är Wilhelmina Hoffman och Gunilla Nordberg som kommer från Svenskt Demenscentrum.

Wilhelmina Hoffman: Min uppgift i dag är att tala om kvalitetsutveckling i demensvården. Jag representerar Svenskt Demenscentrum, som har till uppgift att samla, strukturera och sprida kunskap inom demensområdet. Det handlar om utbildning, vård och omsorg, och det handlar om forskning på alla nivåer. Målgrupperna är alla medarbetare inom vård och omsorg, anhöriga och de sjuka själva.

Demens är en av våra allra största folksjukdomar i dag. 150 000 är sjuka i dag, och vi vet att antalet ökar med anledning av den demografiska utvecklingen. Det finns också ett stort antal anhöriga, och det antalet ökar på samma sätt. Det är en sjukdomsgrupp som kostar samhället stora summor. Den är till och med den mest kostsamma sjukdomsgruppen i dagsläget. Man räknar med att den kostar ca 50 miljarder per år.

Visst har det skett en hel del fantastiska nationella satsningar. Som medarbetare i demensvården sedan många år har jag själv kunnat följa utvecklingen. Genombrottsprojektet kom 2003. Ute i kommunerna har det skett många goda projekt kring utveckling inom demensområdet. Det kan handla om nutrition, teamarbete, socialaktivering etcetera. Vi har haft Kompetensstegen, och forskningsnätverket Swedish Brainpower fick möjlighet att starta. Sedan kom SBU-rapporten 2006 med länge eftersökt information om hur det ser ut inom demensvården och vad det är som gäller.

Stimulansmedel har gått ut. Man satsar enormt inom kommuner och landsting. Det finns eldsjälar som driver på, men här vill jag understryka att det viktiga är att bygga in nya projekt i en permanent verksamhet och att se till att de följs upp, gärna via lokala FoU-enheter, så att vi vet om det blev bra.

Svedem, Svenskt demensregister, startade 2007 och utvecklas successivt. Det är en fantastisk kunskapskälla för alla som jobbar inom demensområdet. Vi fick möjlighet att starta 2008, och riktlinjerna som vi väntar på kommer 2010.

En utredning, *Vård i livets slut*, kom 2001, och där visar man att hög kvalitet handlar om ledarskapet, om att man har en gemensam vårdfilosofi, och här ingår en värdegrund som genomsyrar hela verksamheten. Den tredje delen är utbildning.

Svenskt Demenscentrum kartlade 2008 demensutbildningen i grundutbildningarna i Sverige. Vi såg att det fanns en begränsad andel om demens i grundutbildningarna trots att det är en av våra allra största och mest kostsamma folksjukdomar. Det gäller utbildning på alla nivåer.

På omvårdnadsprogrammet, gymnasial nivå, finns det väldigt lite geriatrik och extremt lite om demens. På en ort sade man att det var så mycket tal om äldre på omvårdnadsprogrammet, så man valde att ta bort geriatrikdelen och satte in kinesiska i stället. Jag tror att det krävs en hel del åtgärder för att se till att man får kunskap om vad man kommer att möta i verkligheten när man väl börjar arbeta.

Detsamma gäller på universitet och högskolor på sjuksköterskeutbildning, läkarutbildning, arbetsterapeututbildning och utbildningarna till sjukgymnast, psykolog, socionom och så vidare.

Hur kan vi utveckla kvalitet i demensvården om inte ens grundutbildningarna har ett innehåll som motsvarar behovet i befolkningen i dag och inom de kommande decennierna?

Hur ser det då ut inom fortbildningen? Det finns en del sådana i Sverige. Vi har också kartlagt specialistutbildningarna för vård- och omsorgspersonal. Det finns en del utbildningar för sjuksköterskor på universitet och högskolor.

Den längsta är i dag en sexmånadersutbildning på Sophiahemmet Högskola. Man har tidigare haft KY-utbildningar som nu håller på att avvecklas.

Det kommer yrkeshögskoleutbildningar, och många kommer att ha demens på programmet. De blå rundlarna visar breddutbildningar. Det är eldsjälarna ute i Sverige som driver olika utbildningar för personer som jobbar i hemtjänst eller vård- och omsorgsboende. Hjärtat betyder den enda specialistutbildningen för undersköterskor. Den finns på Sophiahemmet Högskola.

Socialstyrelsens riktlinjer har inneburit ett enormt arbete för många duktiga personer i landet. Vi vill sprida detta till den grupp som faktiskt arbetar inom kommun och landsting. Vi har tagit en hel del av vår budget för att sätta ihop en nätbaserad utbildning för att sprida riktlinjerna till vården och omsorgen. För att kunna göra detta och nå ut gäller det att vara trovärdig, tillgänglig och ha ett språk som alla kan förstå.

Utbildningen är kostnadsfri. Målgruppen är anställda inom vård och omsorg. Den första målgruppen är 185 000 personer inom omsorgen. Målet är att använda all den fina kunskap som tas fram och se till att den når ut och att arbetsledarna på alla enheter får möjlighet att ha ett material där man kan hjälpa medarbetare som inte har tillräcklig utbildning därför att det har saknats i deras grundutbildningar eller för att det inte har ställts krav när de började inom demensvården.

Utbildning är en väsentlig del i kvalitetsutvecklingen. Trots alla satsningar och projekt bör man kunna få kunskap om det man kommer att möta i framtiden. Utbildning av vårdlärare kan vara väldigt aktuellt i dagsläget.

Ordföranden: Tack så hjärtligt! Nu har vi förmånen att ha besök av silviasyster Maria Boklund, Visby, som ska ge oss ett gotländskt exempel.

Maria Boklund: Jag är anställd som silviasyster i Socialförvaltningen på Gotland. Silviasysterutbildningen bygger på den palliativa vårdfilosofin med dess fyra hörnstenar, bland annat teamarbete, symtomkontroll, kommunikation-relation och anhöriga eller närstående.

Teamarbete. På Gotland har vi ett vårdprogram som vi ser som tvärprofessionellt. Vi har ju inget landsting, utan vi har en huvudman, nämligen vår kommun. Även vi på Gotland har använt stimulansmedel för att hitta olika samarbetsformer. Bland annat bildade vi för ett och ett halvt år sedan ett BPSD-team, som kan hjälpa till på olika boenden och ute i hemtjänsten. Genom de statliga stimulansmedlen har vi kunnat ge kurser och anordna utbildningstillfällen.

Symtomkontroll. Genom att man får mer kunskap om demenssjukdomar och deras symtom stärks man i sin yrkesroll antingen man är undersköterska, sjuksköterska eller biståndshandläggare. Det blir en bra symtomkontroll när man känner till de olika symtom och beteenden som hör till demenssjukdomarna. Det gör att man kan ge bättre vård och rätt insats till sjuka och anhöriga.

Kommunikation. För att det ska fungera kring den demenssjuke, som vi hela tiden sätter i centrum, krävs att det finns en god kommunikation i hela vårdkedjan, från baspersonal till sjuksköterskor, läkare, biståndshandläggare, arbetsterapeut och kurator.

På Gotland har vi en anhörigkonsulent och tre anhörigombud. De har anhörigcenter som fungerar som mötesplatser. Vi har trygghetsplatser och kostnadsfri avlösning 20 timmar i månaden. Anhöriglänkar finns i äldreomsorgen och primärvården. De är som länkar för att man ska ta vara på kunskapen och erbjuda de anhöriga. På detta sätt ser vi anhöriga som en samarbetspartner i teamet.

Ordföranden: Tack så hemskt mycket!

PAUS

Ordföranden: Till nytilkomna som tittar på webb-tv säger vi välkommen. Detta är socialutskottet i riksdagen som anordnar ett öppet seminarium om äldrefrågor. Vi har kommit fram i programmet till en presentation under rubriken "Hur fungerar anhörigstödet i dag?". Det är nu Lennart Magnusson från Nationellt kompetenscentrum Anhöriga i Kalmar.

Lennart Magnusson: Jag är sjuksköterska och universitetslektor inom äldreområdet, och jag jobbar med Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Elizabeth Hanson, FoU-ledare, hälsar och ber om ursäkt för att hon inte hade möjlighet att komma hit i dag.

Om man börjar prata om anhörigstöd kan man fråga sig vem som är anhörig eller anhörigvårdare. Vi vet att 75 procent av all vård och omsorg till äldre ges av anhöriga. Vi vet att en fjärdedel av dem som är 55 år och äldre hjälper någon äldre, sjuk eller funktionshindrad. Det är 650 000 personer. Det är många.

Dessa kan delas in i tre grupper. Den första gruppen – och det är den grupp som man ofta har talat om hittills – är make eller maka som ofta bor tillsammans med den som vårdas. Man är vanligen i åldern 75–84 år, och man vårdar flera gånger i veckan eller varje dag. Det handlar om 3 procent, 83 000 personer, som tillhör den här gruppen.

Den här presentationen finns tillsammans med ett nyhetsbrev och en broschyr vid utgången.

En annan grupp är nära släktingar och vänner som gör stora insatser. Den är dubbelt så stor som den första gruppen, och där finns framför allt döttrarna. De gör stora insatser.

Sedan finns det en grupp som gör en insats lite då och då. De är 415 000 personer.

De behov som de anhöriga har är information, utbildning och stöd. Det gäller information och utbildning om hur man ger vård och omsorg i det dagliga livet, hur sjukdomen påverkar personen och vad det finns för hjälp och stöd att få samt strategier att bemästra situationen. När det gäller stöd är det fråga om någon förstående att tala med, tillgång till avlösning, praktisk hjälp i omvårdnadsåtgärder och en bra och lämpligt anpassad hemmiljö.

Behoven förändras över tid. Man behöver hela tiden få ny information, ny utbildning och nytt stöd. Anhörigvårdare framför att de vill bli betraktade som experter, och många är experter på sin egen situation.

De former av anhörigstöd som finns i kommunerna i dag kan indelas i direkt stöd och indirekt stöd. Det direkta stödet vänder sig direkt till anhörigvårdaren. Anhörigcenter och träffpunkter har byggts i många kommuner. Man bedriver stödsamtal, anhöriggrupper, må-bra-aktiviteter, avlösning, information och utbildning. En del kommuner erbjuder ekonomisk ersättning. Det är en kontroversiell fråga, men anhörigvårdarna själva – även om ersättningen inte är så stor – ser det som en bekräftelse på att de är sedda. Det finns många möjligheter med e-tjänster och tekniska hjälpmedel, men de är i sin begynnelse av att användas. Man kan använda dem för information, utbildning, stöd på distans, kommunikation.

Det indirekta stödet är mer av det vi känner igen, det vill säga hemtjänst, korttidsboende, dagverksamhet och särskilt boende.

Vid en överblick över landet kan vi säga följande. Det varierar väldigt. Det varierar från kommun till kommun, och det varierar mellan större och mindre kommuner. Förutsättningarna är olika. Det finns kommuner där det finns anhörigkonsulent, anhörigombud, trygghetsplatser, organisation, budget och representation i ledningsgrupper. Sedan finns kommuner där det för en demenssköterska eller biståndshandläggare ingår att 20 procent av tjänsten är jobb med anhörigstöd.

Det varierar också mellan de olika regionerna. Där det finns någon som jobbar på att hålla ihop det hela inom regionen, centralt anställd, lyckas man också få till mer av samverkan mellan kommuner och landsting. Det är annars det som har varit svårt. I kommunerna pågår verksamhet, men landstingen är inte så involverade. Aktiva politiker spelar en roll. I de kommuner där politiker är mer aktiva händer mer – i grupper och i diskussioner.

Vad är det för utmaningar? Jo, att skapa ett individualiserat anhörigstöd. För utvärdering och utveckling saknas instrument och modeller. Det finns lite dokumenterat. Det handlar om samverkan och partnerskap, direkt med individen, så att hela äldreomsorgen ser anhöriga som experter, och samarbete med ideella organisationer och landsting från kommunernas sida. Det kan handla om att kombinera förvärvsarbete och anhörigomsorg där det finns lite stöd utvecklat för yngre anhörigvårdare. Det finns möjligheter med e-tjänst och ny teknik.

Dessa områden har vi prioriterat under våra två första år, och vi kommer att fortsätta med det. Nästa år kommer vi särskilt att titta på hur man kan

jobba för att anhängigvårdare ska bibehålla hälsa och förebygga ohälsa. Man ska se på etnicitet och anhängigomsorg. Det gäller dessutom den palliativa

Anhängigvårdaren, det vill säga slutet på en anhängigvårdarprocess eller att den som vårdas flyttas till särskilt boende. Det gäller alla ruelser runt det – stöd och efterlevandestöd. Det handlar också om information och utbildning för anhängigvårdare och personal på alla nivåer. Hur utbildningen ser ut i anhängigfrågor stämmer väl med vad Wilhelmina presenterade om demensfrågor.

Hur jobbar vi med att hjälpa kommuner och ideella organisationer? Vi samlar in, strukturerar och sprider kunskap. Vi försöker stimulera och stödja utvecklingsarbete. Vi kommer att ge ut fyra kunskapsöversikter runt årsskiftet, och vi har jobbat fram inspirationsmaterial som man kan jobba med i grupper. Det finns reportage, artiklar, nyhetsbrev, och vi har en hemsida. Vi jobbar med konferenser och mötesdagar. Den här bilden är från en regional mötesdag i Göteborg förra året. Nu har vi haft tre i år med mer än 600 deltagare hittills. Nästa vecka har vi ett möte i Stockholm. Vi kommer gärna och presenterar vid utställningar och seminarier.

Jag vill pusha för de blandade lärande nätverken där anhängigvårdare, äldre, personal, beslutsfattare och politiker jobbar tillsammans med viktiga frågor. Vi har haft 32 sådana nätverk under året som har gått. Vi stöder dem i jobbet. Vi ser en möjlighet att när anhängigstöd ska utvecklas att starta sådana nätverk och jobba med dem. Man kan få stöd från forskare och praktiker som jobbar med oss vid kompetenscentret.

Ordföranden: Vi säger tack till Lennart. Vi går vidare till det lokala exemplet, som vi har hämtat från Karlstad. Det är en delegation som har kommit. Det är Kerstin Tengwall, samordnare och anhängigkonsulent, och Kristina Wennstam, anhängigkonsulent, som ska tala.

Kristina Wennstam: Vi kommer från Karlstad i Värmland. Vi är här för att presentera vårt Anhängigcentrum. Vi är tre anhängigkonsulenter som arbetar med anhängigstöd i Karlstad. Vi har olika funktionsinriktning. Själv arbetar jag med anhängiga till personer med demenssjukdom.

Kerstin Tengwall: Jag arbetar mot äldre och långvarigt sjuka.

Kristina Wennstam: Sedan har vi vår kollega Carin Wallman, som arbetar med anhängiga till personer med funktionsnedsättning.

Det är precis tio år sedan vi i Karlstad började med att arbeta med att synliggöra anhängiga och försöka utveckla adekvata stödinsatser för dem. Våra politiker förstod att anhängigstöd handlade om såväl samhällsekonomiska vinster som om livskvalitet för den enskilde. Vi byggde anhängigstödet på tre hörnstenar.

För det första olika former av avlösning som skulle ge möjlighet till ökad livskvalitet för anhöriga. För det andra kunskap och information. För det tredje ett personligt stöd för den anhörige.

Redan i ett tidigt skede av arbetet märkte vi att vi behövde ha en gemensam mötesplats tillsammans med de intresse- och frivilligorganisationer som vi samverkade med. I maj 2008 fick vi så en lokal mötesplats i Karlstad, ett anhängcentrum. Det är detta som är navet i vår verksamhet. Det är där som allting händer.

Anhängcentrum är centralt beläget. Det ligger ett stenkast från Stora torget. Det ligger inte i anslutning till något annat äldreboende. Det gör att det är attraktivt för alla åldersgrupper att besöka oss. Ni är välkomna upp på en titt. Man kommer rakt in i kafédelen dit man lätt kan slinka in för en kopp kaffe och en pratstund. Den här lokalen kan också fungera som en stor samlingslokal. Den tar upp till 50 personer. Den här bilden togs förra veckan när vi hade besök av Sören Olsson, författare till Suneböckerna. Han berättade om sina upplevelser av att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning. Vi har också ett lite mindre grupprum där vi kan ha utbildningar för anhänggrupper. Även föreningarna kan ha sina möten där. Vi har också ett friskvårdsrum där vi har en skön massagefåtölj. Där kommer ofta anhöriga och lägger sig en stund. Det kan vara gott för en sliten anhäng att få en stund där. Sedan dricker de ett gott glas vatten och är tillfälligt uppfräschade.

Kerstin Tengwall: Vad gör vi på Anhängcentrum? Vårt Anhängcentrum är en mötesplats för anhöriga. Här ges möjlighet att träffa andra i liknande situationer, att få kontakt med föreningar eller etablera kontakt med oss anhängkonsulenter. Här ges också möjlighet till kunskap, information och trevlig samvaro. Det gäller allt från utbildning i demensvård till att göra egna smycken.

Ett antal olika anhänggrupper träffas på Anhängcentrum dagtid eller kvällstid beroende på i vilken livssituation den anhörige befinner sig. Det kan vara äldre make eller maka. Det kan vara förvärvsarbetande anhöriga, ungdomar med drabbade föräldrar, anhöriga till personer i korttidsvård och familjer till funktionsnedsatta barn.

Hur gör vi? Anhängcentrum drivs i samverkan med intresse- och frivilligorganisationer. En referensgrupp med oss anhängkonsulenter tillsammans med representanter för elva föreningar träffas tre gånger per termin. Det gäller samverkan runt inriktning och innehåll i verksamheten. Varje förening ansvarar också för sin värdevecka på Anhängcentrum tillsammans med en av oss anhängkonsulenter.

Anhängcentrum har öppet tre dagar i veckan och en kväll i månaden. Varje vecka kommer ungefär 10–70 personer beroende på vilka aktiviteter vi erbjuder. Anhängcentrum har också öppet för anhöriga i alla åldrar oberoende av diagnos hos den sjuke.

Ett ständigt aktivt arbete krävs för att fortsätta att utveckla Anhängcentrum till en mötesplats för anhöriga i Karlstad.

Ordföranden: Tack! Innan frågestunden ska vi få höra två reflexioner. Först är det Hans Lenkert, SPF.

Hans Lenkert: Den demografiska utvecklingen kommer att medföra en del problem. Det känner alla till. Vi har lyssnat här och tycker att vi ser en hel del möjligheter. Vi tänkte nämna tre av de möjligheter som har beskrivits här mer eller mindre ingående.

Det finns mycket resurser i dag som sätts in i sjuk- och äldreomsorgen. Vi tror att här kan en bättre samverkan få de resurserna att räcka mycket längre än i dag. Kanske man kan göra som på Gotland och ha en huvudman. Om man inte vill det i dag kommer det att bli nödvändigt i morgon. Här finns en möjlighet.

Den andra möjligheten vi har fastnat för är den under lång tid pågående satsningen på utvecklingen av personalen, satsningen på att yrket ska ha en status. Med den nya äldreassistenten, som vi hoppas mycket på, kommer vi att få ett arbete där man vill stanna kvar och utvecklas. Vi kommer att få behålla kompetens, rutin, tålamod och empati hos personal. Vi tror också att fördjupningsområdena kan göra att forskningen kommer framåt inom dessa områden och på sikt att det tillförs geriatriker. Det blir mer intressant.

Det finns ingenting som säger att vi ska vidare in i prylsamhället. Tecknen är att vi ska gå in mer i empatisamhället om vi ser på omsorgen om världen, jorden, människan, grannen, som vi läser om i tidningarna dagligdags. Vi tror att utveckling i arbetet, statusen, kommer att medföra mycket. Vi har stora förhoppningar på det.

Den tredje möjligheten gäller hemsjukvården, som Håkan Ceder pratade om. Vi skulle vilja ta ett steg lite tidigare, nämligen egenvård. Vi ser i samhället att man via IT och information på många olika sätt själv kan fundera över sin hälsa innan man blir riktigt sjuk, när man är krasslig. Det finns olika möjligheter att testa sig, gå in på nätet och ställa olika frågor. Här tror vi att det finns en stor möjlighet, och vi får inte glömma bort äldres möjlighet att ta till vara detta. Vi tror att det kan vara ett sätt innan man blir föremål för omsorg. En sådan sak är att distriktssköterskorna kanske ska få ett större informations- och intresseområde, till exempel för äldres tänder. Det finns tandproblem hos äldre som inte ingår i omsorgen. Tandläkarna kan inte riktigt fånga upp detta. Kanske det kan göras inom en annan del av sjuk- eller äldreomsorgen.

Sedan tror vi på friskvård. Vi tror att det snart måste komma till. Vi vet att det sker friskvård för ungdomar med det lokala aktivitetsstödet. Det blir ett bra resultat i många fall. Vi tror att det också skulle kunna vara något som stimulerar äldre att fortsätta eller påbörja motion av rimligt slag.

De tre möjligheter vi har sett i dag är en gemensam dirigent, höjd status i yrket och det friska åldrandet.

Ordföranden: Då är det Lars Hedberg, PRO:s andre vice ordförande.

Lars Hedberg: En god äldreomsorg präglas av trygghet, självbestämmande och respekt för den enskilde. Det innebär att omsorgen ska ges på brukarens villkor. Han eller hon ska kunna bestämma över sitt dagliga liv utifrån sina villkor. Det här är en del av det som står i vårt handlingsprogram, som är precis när det gäller verksamheten för de äldre.

Jag ska börja med ett område, boendet. Det kom en förordning i dag på morgonen som regeringen ska ta ställning till, som vi tycker inte går speciellt långt. Man anslår ett visst antal miljoner för byggande av trygghetsboenden och liknande. Det man gör i det paketet är att lägga in bostadsrätter som ska få det anslaget. Det kommer att minska möjligheten för vanligt folk att delta i boendet eller engagera sig i boendet på grund av att det blir för dyra kostnader.

Vad gäller insatsen för lägenheten. Vi tycker att det skulle ha gått till det sedvanliga boendet.

Naturligtvis måste det finns resurser för detta utifrån olika behov. Vi säger stopp för nedläggning. Flera har varit inne på att äldreboenden läggs ned. Någon visade en bild. Det är inte bra. På sikt krävs en utbyggnad. I min lilla kommun rev man bort en massa enskilda boenden. I fjol kom man underfund med att det saknades ett enskilt boende, och man var tvungen att bygga nytt. Det är inte speciellt långsiktigt tänkt.

Den andra frågan som vi är engagerade i är medicinering av äldre. Arne Sjöberg undrade hur man kan stoppa i äldre sju till tio mediciner om dagen då de ligger på sitt yttersta. Det som är intressant med medicinering av äldre är att övermedicineringen sker dagligen. Medicineringen måste anpassas till de äldre. Utprovningen av läkemedel sker på 20-åriga soldater. De får pröva medicinen, och sedan används den på den äldre befolkningen precis som om det var en 20-åring som ska ta medicinen. En bättre anpassning måste ske.

SPF var inne på personalfrågorna. Det är en viktig samverkan som måste ske mellan de olika personalgrupperna för att det här ska fungera. För PRO kommer frågan om samverkan att vara central 2010. Människor far illa av bristen på samverkan, som borde vara självklar. Vårt krav är enkelt, nämligen en fungerande samverkan mellan välutbildade. Vi finner brister i samverkan över hela fältet inom äldreomsorgen. Det beror på revirtänkande mellan personalgrupper och på det som verkar vara det viktigaste i äldrefrågor, nämligen ekonomin.

Man pratar bara om ekonomi. Man pratar inte om empati eller om sådana frågor, utan man pratar bara om ekonomiska frågor. Det tycker vi är ganska farligt.

Det finns brister i arbetsledningen som måste åtgärdas. Det är i grunden en politisk fråga. Det är politikerna som ska lösa många av de här frågorna.

Ytterligare en fråga som vi vill diskutera är matfrågan. Den diskuteras mycket bland de äldre. Det är inte frågan om att få i sig mat. Det är inte heller frågan om att distribuera mat, utan det är frågan om kvaliteten på maten. Min gamla mamma blev 94 år. Hon fick de här portionerna varje dag. Jag vet inte om jag hade velat äta en enda av de portionerna. Man måste göra någonting åt kvaliteten på maten för att den ska bli bättre. Det handlar inte bara om den

sociala gemenskapen utan framför allt om kvaliteten. Det får inte bli en diskussion som den som är på gång att uppstå åtminstone i Norrland och Norrbotten, som jag kommer ifrån. Där diskuterar man om man har bättre mat på fängelserna än den man ger åt de äldre. Den diskussionen får inte uppstå. Detta är alltså en viktig fråga.

Vi säger ja till valmöjligheterna. Men det handlar inte bara om att få välja utförare. Det är mycket viktigare att få bestämma över hur hjälpen ska utformas. Nordanstig hade en precisering av detta som jag tyckte var nog så precis och hade nog så många kryssrutor för att man skulle kunna få bestämma vad man ska göra i hemtjänsten. Mångfalden av utförare hjälper inte om kommunala regelverk förhindrar detta självbestämmande. Man sätter upp regler i kommunerna som stoppar detta. Där måste man få en bit som ger brukaren ett större inflytande.

Detta är lite grann av vad vi kan presentera. Vi skulle kunna presentera mycket mer; vi skulle kunna prata hela förmiddagen om detta om vi ville.

Ordföranden: Tack så mycket! Nu har vi tid fram till absolut senast 11.45. Vi har votering här i riksdagen kl. 12.00, om någon funderar på varför jag är så hård med tiden. Jag har nu 13 stycken som vill ställa frågor, och jag uppmanar både frågeställare och svarare att fatta sig ganska kort så att alla kan få ställa sina frågor.

Ylva Johansson (s): Tack för bra och intressanta föredragningar! Vi fick höra här om problemen med hemsjukvården och med delat huvudmannaskap. Socialstyrelsen var tydlig med att säga att det fungerar bättre där man har fört över huvudmannaskapet för hemsjukvården och har det samlat i kommunen.

Min fråga går till statssekreterare Ragnwi Marcelind. Det fanns ett förslag från den tidigare regeringen som riksdagen ställde sig bakom om att föra över hemsjukvården till kommunerna. Men den nya regeringen deklarerade hösten 2006 att det inte kommer någon sådan proposition. Har ni några tankar på att tänka om?

Margareta B Kjellin (m): Jag har en liten kort fråga till Socialstyrelsen. Jag har förstått att Nordanstigs kommun satte i gång projektet på grund av lagen om valfrihetssystemet.

Påverkas även kommunens ordinarie verksamhet av detta? Kommer kvalitetsregistret att omfatta den ordinarie verksamheten? Kan man överföra kvalitetsregistret till andra kommuner, eller måste de gå igenom processen själva? Jag antar att personalen har varit med.

Den lilla korta frågan till Socialstyrelsen är: Om man väljer att införa LOV (lagen om valfrihetssystem) enbart när det gäller servicetjänster – anser ni då att det blir för många människor som kommer in så att man minskar kvaliteten om man delar på service- och omvårdnadstjänster?

Ragnwi Marcelind: Jag vill tacka för det initiativ som socialutskottet har tagit till att fokusera på äldrefrågorna. Vi tycker att det är väldigt viktiga frågor. Vi tackar också för möjligheten att vara med och svara på de eventuella frågor som ni fortfarande har efter de fantastiska föredragningarna.

Ja, säger jag, Ylva – efter den analys som Socialstyrelsen har gjort tycker vi också att det är bra att gå vidare med att se till att även de kommuner som ännu inte har övertagit hemsjukvården gör det. Drygt hälften av kommunerna har gjort det på frivillig väg. Vi vill hjälpa dem som ännu inte har gjort det att komma vidare. Men vi inser att detta är den enda vägen att gå; för att höja kvaliteten och hålla den så hög som önskas ska kommunerna överta detta.

Peter Dons-Möller: Den första frågan handlade om ordinarie verksamhet. Vi fick nyligen ett politiskt beslut om att detta ska verkställas i kommunen från och med den 1 december i år. Det är väl förankrat hos personalen; de har varit med och tagit fram det här under de senaste två åren.

LOV var ett bra bränsle till denna motor så att vi fick möjligheter att jobba vidare med det här. Vi ser det som en viktig del för framtiden.

När det gäller andra kommuner måste man till viss del gå igenom detta själv, men andra kommuner är mycket välkomna att ta kontakt med oss. Vi kan ge lite tips och riktlinjer för hur man jobbar genom det här. Men det är viktigt att få det väl förankrat i den egna kommunen. Man måste jobba med det själv också.

Christer Neleryd: Frågan gällde om huruvida kundval i servicetjänster förvärrar situationen med att det är många som hjälper. Socialstyrelsen har ett antal gånger konstaterat att detta redan är ett problem i äldreomsorgen oavsett om man har kundvalssystem eller inte.

Vi anser att detta är en fråga som kommunerna i mångt och mycket äger. Som kommun kan man upprätta system för samverkan som man ställer som krav att följa såväl för den egna verksamheten som för kundvalsverksamheten. Kundvalet i sig behöver alltså inte förvärpa detta, men det är viktigt att kommunerna har ett grepp om samverkan mellan olika aktörer i äldreomsorgen.

Eva Olofsson (v): Jag skulle vilja börja med att gratulera undersköterskorna och personalen på Öjebyns äldreboende. Jag träffade dem när jag var i Piteå. Jag skulle vilja ställa en kort fråga till Piteå och en till Ragnwi Marcelind.

Piteå är känt för att garantera att när man har fått en bostadsbedömning kan man på en gång flytta in på äldreboende. Piteå är också en av de första kommuner som har börjat med trygghetsplatser, det vill säga att man utan bostadsbedömning själv kan ringa och säga: Nu orkar inte jag vara hemma, utan nu behöver jag komma någon annanstans en vecka eller två. Vad har det inneburit för de äldre och äldreomsorgen i Piteå?

Till Ragnwi Marcelind vill jag ställa en fråga med anknytning till PRO och trygghetsboende, som presenterades i morse. Jag satt själv i Äldreboendedelegationen. Vi föreslog att det skulle vara hyresrätter på grund av ekonomisk tillgänglighet för äldre. Låga pensioner och annat som gör att man inte kan köpa en bostadsrätt ska inte hindra människor. I det liggande förslaget finns nu att det ska vara både bostadsrätter, kooperativa hyresrätter och hyresrätter.

På vilket sätt vill man från regeringens sida gå in och garantera att de begränsade pengarna till både särskilda boenden och trygghetsboenden räcker till så många hyresrätter att detta inte blir ekonomiskt otillgängligt för äldre?

Barbro Westerholm (fp): Först vill jag vända mig till departementsledningen. Socialstyrelsen inledde med att tala om de stora utmaningar som ligger framför oss. Jag skulle vilja höra hur departementet ser på detta. Vilka är de stora utmaningarna inom vården och omsorgen för de äldre?

Jag har ännu en fråga till Socialstyrelsen. Flera har varit inne på behovet av utbildning. Geriatrikerna har lyfts fram. Det sägs alltid att universiteten bestämmer själva hur utbildningarna ska se ut och att det är Högskoleverket som är tillsynsmyndighet. Men kan inte Socialstyrelsen komma in och påverka så att vi får utbildningar som möter befolkningens behov?

Lena Esbjörnsson: Jag tackar för detta och jag ska hälsa undersköterskorna och framföra gratulationen. När det gäller lediga platser kan man fortfarande komma in när man har fått sin biståndsbedömning. Det som har hänt är att vi har fått höja ribban därför att vi har en annan ekonomi än tidigare. Men vi har fortfarande mellan 5 och 20 platser lediga så att man kan komma in direkt.

Via vår korttidsenhet som jobbar med utredning, träning och behovsbedömning har vi försökt gå in i de enskilda hemmen och hjälpa till med behovsbedömningen så att de absolut rätta personerna får den boendeplats som behövs. De andra kan vi hjälpa på annat sätt.

Korttidsboendet fungerar som det har gjorts. När det gäller avlastningsboendet kan man fortfarande bara ringa. Det är som en hotellfunktion. Man kan komma in en timme eller två, en natt, en dag eller upp till en vecka.

Ragnwi Marcelind: Jag instämmer i de utmaningar som Socialstyrelsen har målat upp här i dag. Även om Ceder inte beskrev alla de förslag som vi redan har lagt fram och det vi har vidtagit med anledning av utmaningarna kan jag säga att detta är den bild vi ser. Vi har föreslagit en rad åtgärder för att komma till rätta med utmaningarna.

Om man ser på det övergripande vet vi att den demografiska utvecklingen kommer att innebära att vi inom 20 år kommer att ha dubbelt så många 80-åringar som vi har i dag. Vi vet också att demensvården i dag kostar lika mycket som stroke- och cancervården. Om vi skulle kunna lyckas minska, förebygga eller skjuta upp det hela så att folk inte blev dementa bara med fem år skulle vi kunna halvera antalet dementa. Där är det stora kostnader.

Äldreomsorgen kostar totalt sett 160 miljarder. Det finns mycket som vi behöver resonera om. Det gäller inte minst det som någon tog upp här om att det inte bara ska handla om pengar utan också om empati och trygghet för våra äldre. Det jobbar vi med på alla nivåer vi bara kan.

När det gäller boendefrågan är det precis så som du beskrev det, Eva Olofsson. Den boendedelegation som Barbro ledde föreslog att investeringspengarna bara skulle gälla hyresbostäder. Men precis som vi alltid gör med alla utredningar som kommer tillbaka till oss skickade vi denna på remiss. När vi fick tillbaka remissvaren var det tydligt att man ville att detta skulle gälla också bostadsrätter. Det är också den bild vi har fått när vi har varit ute och rest runt i landet. Barbro, som jag tror har rest till varenda liten kommun i Sverige, kan intyga detta; det finns en efterfrågan på mer.

Vi har inga farhågor för att detta skulle innebära att hyresrätterna slås ut. Vi tror faktiskt att det också kommer att byggas många hyresrätter tillsammans med bostadsrätter för den halva miljard som vi ändå aviserar i samband med förslaget.

Håkan Ceder: Det gäller frågan om utbildningar, som Barbro Westerholm ställde. Vi har många gånger uttryckt kritik för att vi tycker att det är för svårt att påverka inriktningen på vårdutbildningarna. Det borde vara alldeles självklart att de utbildningar som ges speglar vårdens och omsorgens behov. Det är inte alltid så, tycker vi.

Det är viktigt att samhället får möjligheter att påverka utbildningarna på det sättet. Det har vi sagt många gånger. Vi har bland annat nyligen kartlagt utbildningen inom psykiatri och funnit ungefär samma mönster, det vill säga att innehållet inte speglar behoven.

Våra möjligheter att påverka går så här långt genom de allmänna råd som vi kan ge ut. När vi nu har fått ett vidgat mandat att föreskriva kan vi kanske också pröva om det går att bli tydligare när det gäller kompetenskraven genom bindande föreskrifter. Men då handlar det fortfarande om att detta följs av universitet och högskolor och andra utbildningsanordnare.

Thomas Nihlén (mp): Min fråga handlar också om vårdutbildningarna. Vi är nog alla överens om att en av de viktigaste förutsättningarna för en förbättrad kvalitet och ökad patientsäkerhet inom äldreomsorgen, och kanske speciellt inom demensvården, är att det finns tillgång till tillräcklig geriatrisk kompetens hos all vårdpersonal.

Vi ser redan i dag att vi har brist på geriatriska specialistläkare samtidigt som det geriatriska inslaget i läkarutbildningen är blygsamt och på många håll minskande.

Min fråga går till Socialdepartementet. Kommer regeringen att vidta några åtgärder för att utbildningen i geriatrik och gerontologi på läkarnas grund- och vidareutbildning på ett bättre sätt ska återspegla det alltmer ökande behovet av den geriatriska kompetensen?

Gunnel Wallin (c): Jag hade tänkt ställa en fråga om boendet, men det har ju redan varit uppe. Det är en viktig trygghet för den enskilde att kunna komma till ett boende och välja boende utifrån sitt eget perspektiv.

Jag tänkte också ställa en fråga om etiska värderingar och bemötande. Det är otroligt viktigt att man respekterar och bemöter varje individ. Jag känner ibland att det är ett kolli och ett nummer man möter. Detta är en otroligt viktig del liksom stimuleringen för att behålla det friska.

Ragnwi Marcelind: Jag börjar med värdegrunden, Gunnel. Det är otroligt viktigt. Vi har som mål för hela vår äldreomsorg att alla ska få åldras med värdighet och få fortsätta vara den man är. I den stora värdegrundsproposition som just nu bereds och som ni alldeles strax ska få till riksdagen finns en rad förslag som kommer att förstärka den enskildes rätt att få vara den man alltid har varit även under de sista åren av sitt liv.

När det gäller geriatriken tror jag att Henrik ska få svara.

Henrik Kjellberg: En mycket stor del av den hälso- och sjukvård som man ges till äldre personer. Geriatrik är själva specialistkompetensen. Vi vet att det finns få geriatriker. Om man ska utbilda en tillräcklig mängd tar det många år – minst tio år. Det är i så fall ett långsiktigt projekt.

Vi pratar om geriatrik och gerontologiska kunskaper. Men behovet behöver fyllas också när det handlar om undersköterskor och sjuksköterskor. Det gäller överallt i den vård och omsorg som riktas till just äldre personer. Socialdepartementet tittar på den frågan och analyserar den för att se om vi kan vidta ytterligare åtgärder brett på området.

Catharina Bråkenhielm (s): Jag har en fråga till Lena Esbjörnsson från Piteå kommun. Den får dessvärre handla om ekonomi, vilket man ju inte tycker att man ska prata om. Lena pratar om att det ska vara meningsfullt hela livet för de äldre. Det låter fantastiskt härligt att de ska få bada och cykla, få tillgång till solrum och så vidare.

Jag undrar hur man får plats för detta i den ordinarie verksamheten. Hur får man utrymme till det? Många har betonat de jätteviktiga stimulanspengarna. Varje föredragshållare har tryckt på att de är jätteviktiga. Samtidigt är detta korttidspengar, och vi vet att de ordinarie verksamhetspengarna har minskat i många kommuner.

Min fråga är: Hur får man plats med de här verksamheterna och de underbara insatser som jag verkligen tycker att de är i den vanliga verksamheten?

Jag har också en kort liten fråga till Katarina Lindberg från Nordanstig. Hon räknade upp alla de saker man kan välja på som äldre. Finns det några gränser för vad som finns i den listan? Hur stort självbestämmande har man när det gäller att fylla sin vardag i Nordanstig?

Anders Andersson (kd): Också jag vill inleda med att tacka för oerhört spännande och intressanta föreläsningar, inte minst från olika kommunexempel. Håkan Ceder och även Arne Sjöberg belyste detta med äldres läkemedelsbehandling. Vi har olika uppgifter på detta. Det går att få statistik som ger ibland ganska skrämmande uppfattningar. 30 procent av alla inläggningar på sjukhus är en direkt följd eller en biverkning av läkemedel som felaktigt har förskrivits till våra äldre.

Detta perspektiv tycker jag är ett självklart ansvar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen i stor utsträckning. Samtidigt finns det ett allmänt nationellt ansvar. Min fråga till Ragnwi Marcelind och företrädare för Socialdepartementet och regeringen är: Vilka åtgärder planeras för att komma till rätta med de felaktiga förskrivningar av läkemedel som vi nu har kunnat se? Finns det stödjande insatser? På vilket sätt kan vi tillsammans från regeringens sida eller i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting skapa en situation där vi inte behöver upplysas om dessa ganska tragiska siffror?

Lena Esbjörnsson: Eftersom vi har jobbat med den här metoden i många år kan vi se resultat ute i vår verksamhet. Också utan projektpengar händer det oerhört mycket. En paradox i det hela är att de som har minst bemanning är de som jobbar mest med de sociala aktiviteterna. Det handlar mycket om förhållningssätt och bemötande. Det ska vi jobba vidare på.

Det som krävs är eldsjälarna. Vi behöver eldsjälarna. Jag pratade med en avdelning häromdagen där man sade: Vi skulle vilja göra likadant som den andra avdelningen på Öjagården, men vi har inte eldsjälarna. Men nu ska de som har fått priset gå ut till andra och stimulera dem.

Katarina Lindberg: Först och främst är det biståndsbedömarna som gör en utredning och bedömer enligt socialtjänstlagen. Det här är en förteckning över de vanligast förekommande insatserna. Det kan ju dyka upp vad som helst som räknas som skälig levnadsnivå.

Vi har sagt i vår kvalitetsstandard att man som brukare ska kunna välja mellan beviljade insatser. Det finns alltså en valfrihet också i detta.

Ragnwi Marcelind: Det finns flera åtgärder som vi har vidtagit. Det ena ligger i stimulansbidragen, där inte minst 100 000 äldre har fått hembesök, som Håkan beskrev. Där har man också gjort läkemedelsgenomgångar. Det är en del.

Vi har också under mandatperioden målmedvetet jobbat med viktiga strukturförändringar. Det finns en rad saker där: patientdatalagen, läkemedelsförteckningar, uppdrag om elektroniskt expeditivstöd och patientsäkerhet. Nu håller vi också på att planera för en läkemedelsstrategi. Det är SKL och Socialdepartementet som tillsammans har tagit fram en handlingsplan. I den finns en massa förslag på åtgärder som nu bearbetas av en arbetsgrupp där repre-

sentanter från SKL, regeringen och landstingen jobbar tillsammans för att ta fram läkemedelsstrategin och komma till rätta med problemen.

Elina Linna (v): Min fråga går till representanter från Socialdepartementet. Vi fick höra att kompetenshöjningen inom äldreomsorgen är en av utmaningarna. Bland annat hörde vi att endast 13–15 procent av personalen inom äldreomsorgen har högskoleutbildning. Vi fick också höra att samordningen fungerar bättre när kommunerna har ansvaret för hemsjukvården. Det har ställts frågor om detta här tidigare. Men vi vet också att kommunerna inte har rätt att anställa läkare, till exempel geriatriker. Det råder stor brist på specialistsjuksköterskor inom geriatrik och demensvård.

Jag vill berätta att jag i måndags var på ett seminarium som Riksrevisionen anordnade. Där fanns representanter från både universitets- och högskolevärlden som efterfrågade politisk styrning när det gäller specialistutbildning. Den dagen handlade det om psykiatriker.

Min fråga är: Vad har regeringen eller Socialdepartementet för kommentarer inför utmaningen att höja kompetensen inom äldreomsorgen?

Ragnwi Marcelind: Tack för den frågan, Elina Linna! Precis som Håkan beskrev har det ändå blivit en något förbättrad nivå på utbildningen hos dem som arbetar inom omsorgen. Men vi har också Yrkeskravsutredningens förslag som ligger på vårt bord och som just nu bereds för fullt hos oss på departementet.

Wilhelmina Hoffman sade något intressant som ligger i paritet med det som vi också sysslar med på Socialdepartementet. Hon sade så här: Hög kvalitet handlar om ledarskapet och värdegrunden. Det är precis vad vi har upptäckt också. Därför har vi aviserat en ledarskapsutbildning redan i budgetpropositionen, och vi håller nu på att ta fram den. Den finns också med i de förslag som kommer inom kort när propositionen om värdegrund läggs fram.

Satsningen gäller äldreomsorgen, som producerar omsorg. Det gäller såväl privat och ideell som kommunal omsorg. Vi tror att vi kommer att komma en bra bit på väg om vi utbildar ledarskapet inom omsorgen. Det gäller inte minst i värdegrundsfrågor, som Gunnel frågade om tidigare. Därefter kommer vi att fylla på med de förslag som vi ska lägga fram i framtiden när det gäller yrkeskrav.

Vi tror att vi är på väg åt rätt håll. Men det är klart att vi inte vänder detta i ett enda huj, utan det tar lite tid.

Marianne Kierkemann (m): Socialstyrelsen inledde med att berätta lite grann om utmaningarna. Vi har insett detta från regeringens sida, och även lagt 4,6 miljarder i stimulansmedel. Jag skulle vilja höra med Socialstyrelsen vad stimulansbidragen har gett för resultat. Vad har man mätt i form av kvalitetsutvecklingen i kommunerna?

Jag skulle också vilja ställa en fråga till Socialdepartementet: Finns det planer på att utveckla stimulansbidragen, och hur tänker man sig det hela i så fall?

Christer Engelhardt (s): Också jag har en fråga till Lena Esbjörnsson från Piteå kommun när det gäller förebyggande arbete inom hemtjänsten. Har du någonting konkret att säga om det? Det står på dina listor att ni bara bedriver uppsökande verksamhet. Min förhoppning är att ni kanske har något liknande på det området när det gäller social verksamhet. Finns det något konkret inom det förebyggande arbetet i hemtjänsten?

Christer Neleryd: Som Håkan Ceder sade tidigare är det för tidigt att göra några mer långtgående utvärderingar av stimulansbidragsprojekten. De pågår för fullt ute i kommuner och landsting. Vad man kan säga så här långt är att de stimulanspengar som staten har utverkat är i linje med sådant man vill jobba med i kommunerna. Det har inte alltid varit så. Det finns ett enormt

Engagemang ute i kommunerna. Nästan alla Sveriges kommuner och landsting finns med och har projekt, som vi har sett här.

Mellan tummen och pekfingret kan man säga att matfrågan har kommit upp på dagordningen på ett helt annat sätt än tidigare. Delvis beror det på de här pengarna; det är tydligt. Man gör satsningar. Håkan Ceder nämnde dietisterna som en arbetsgrupp som har debuterat i kommunerna under de senaste åren med hjälp av de här pengarna.

Det sociala innehållet är ett annat område som tidigare har prioriterats ned i kommunal verksamhet, vill jag hävda. Men det har rönt ett mycket större intresse på senare år. Också där har stimulansbidragen hjälpt till. Detta var två exempel, och det finns fler.

Ragnwi Marcelind: Låt mig bara lägga till något. Huvudmännen har startat inte mindre än över 3 000 projekt för stimulanspengarna. För några år sedan fanns det nästan inte några dietister ute i våra kommuner. I dag finns det 130 anställda dietister. Det finns 70 demensteam. Detta tycker jag indikerar att det har hänt mycket med de här pengarna.

Jag skulle vilja svara på din fråga, Marianne, att pengarna är långsiktiga. Det vill vi verkligen understryka. Det vi kanske kommer att göra framöver, efter 2010, är att börja styra in pengarna för att få en effektivare styrning i riktning mot kvalitet. Då kanske man ska kalla det för något mer prestationsbaserade pengar.

Detta är alltså långsiktiga pengar. Vi vill ha dem för att vi vill öka kvaliteten och försäkra oss om allt det vi har pratat om här i dag – att våra äldre ska bemötas med värdighet och att det ska vara hög kvalitet både på personalen och inom den omsorg som bedrivs om våra äldre.

Lena Esbjörnsson: När det gäller den uppsökande verksamheten har vi av de ungefär 7 000 pensionärerna ca 1 000 som är 80 år och äldre och som inte har någon hemtjänst. Det är hos dem vi har bedrivit en uppsökande verksamhet.

När det gäller förebyggande arbete för hemtjänsten har vi inte så mycket. Men vi har frivilligcentraler, träffpunkter och dagverksamheter. Också detta kan man säga är ett sätt att förebygga.

Maria Lundqvist-Brömster (fp): Jag vill tacka för mycket intressanta dragningar. Jag skulle vilja ställa min fråga till Katarina Lindberg, Nordanstigs kommun. Vi fick ju höra här att den psykiska ohälsan är en stor utmaning framöver och att den är väldigt dåligt uppmärksammas hos gruppen äldre. Jag skulle vilja höra hur ni i Nordanstig tar er an denna stora utmaning.

Lennart Axelsson (s): Jag har också en fråga till Nordanstig, och det handlar alltså om att personalen är helt avgörande för om vi ska få en bra omsorg om barn och gamla. Personalen måste vara tillräckligt många, och de måste få stöd i form av utbildning och liknande för att kunna göra sitt jobb. Arne Sjöberg uttryckte det på ett bra sätt: Det är viktigt *hur* man byter blöja. Det är mycket det det handlar om, tycker jag.

Därför tycker jag också att det var roligt att man från Nordanstig i sin presentation lyfte upp som en målsättning att det ska vara roligt att gå till jobbet. Det är sällan man ser sådant i målsättningar när man beskriver sin verksamhet, så jag skulle vilja veta lite vad ni har gjort för att försöka uppnå det målet. Kan ni beskriva det lite kort?

Rosita Runegrund (kd): Även jag vill tacka för de bra föredragningarna. Jag skulle vilja ställa en fråga till Lennart Magnusson när det gäller anhöriga. Han nämnde just att aktiva politiker spelar roll men också att anhörigvårdare – som ska betraktas som experter – ska vara representerade i ledningsgrupper. Är det något som förekommer ute i landet? Hur arbetar man från Nationellt kompetenscentrum för att förverkliga det gentemot kommunerna?

Katarina Lindberg: När det gäller den psykiska ohälsan är det våra biståndsbedömare som ska utreda och bevilja insatser. De träffar ju brukarna i det första skedet. Då lägger man också fokus på sådana saker, både fysiska och psykiska oförmågor som brukarna behöver ha hjälp med och insatser för. På det viset tycker vi att vi har den biten med i det här arbetet.

Ordföranden: Och hur gör ni för att ha roligt?

Peter Dons-Möller: I första hand har vi fokuserat på att det är viktigt att förankra det här hos personalen så att de är med från början och definierar det. Vi har preciserat att vi ska ha brukaren i fokus, och vi har påbörjat en utbild-

ning av personalen i bemötande, för jag tror att det är relationen mellan de äldre och personalen som gör att det är kul att vara på jobbet och ha ett sådant här jobb. Jag tror alltså att det är viktigt att höja statusen på det här jobbet.

Lennart Magnusson: Det vi har gjort är att försöka få kommunerna att skapa så kallade blandade lärande nätverk, där man i grupperna har haft både anhängare, äldre, personal, chefer och politiker med. De har jobbat med någon gemensam fråga, till exempel individualisering, och diskuterat den. Det har sedan lett fram till att man kanske har tagit initiativ till att göra utvecklingsprojekt, till exempel att starta trygghetshotell på något ställe. En hel del av de här blandade lärande nätverken har sedan blivit rådgivande organ till nämnderna i kommunerna.

Margareta B Kjellin (m): Jag skulle bara vilja fråga Arne Sjöberg om de här äldreteamen han pratar om. Var anser du att de ska vara anställda om vi inte har sammanfört kommuner och landsting? Eller anser du att äldreteamen förutsätter en sammanföring av kommuner och landsting?

Arne Sjöberg: De geriatriska äldreteam som jag förordar skulle vara efter modell av de palliativa rådgivningsteam. Ni som har varit med i historien vet kanske att det första palliativa rådgivningsteamet blev aktivt 1993–94 i Kalmar efter stöd från Cancerfonden. I dag har vi flera hundra sådana team. Det arbetssättet innebär att man är rådgivande och stödjande.

Ett team innehåller minst läkare och sjuksköterskor, och enligt min uppfattning ska utgångspunkten vara från geriatrisk verksamhet så att man har sådan specialistkompetens i ryggen.

För att fördjupa det lite ger en enkel överblick att en geriatriker kan stödja upp emot 6–8 specialutbildade geriatriska sjuksköterskor. På det sättet kan man nå ut till många. I vårt sammanhang arbetar vi mot tolv kommuner och kan alltså nå och komma fram med råd och stöd till uppemot 1 000 personer som befinner sig i den situationen att de betecknas som de mest sjuka äldre. Det är ett oerhört kostnadseffektivt arbetssätt där just kompetensen kommer direkt in i hemmet. Man kan stödja både kommunala sjuksköterskor, distriktsläkare och vårdpersonal. Det handlar om utbildningar. Vi är engagerade i alla möjliga olika sammanhang efter frågeställning och behov som uttrycks framför allt från kommunen och primärvården.

Mitt svar är att teamens arbete ska utgå från geriatrisk verksamhet så att man verkligen säkrar kompetensen.

Ordföranden: 15 personer har fått chansen att ställa frågor. Tack så mycket för det! Jag överlämnar för avslutning till Ylva Johansson.

Ylva Johansson (s): Jag ska be att få tacka alla er som har deltagit i den här utfrågningen och bidragit med era erfarenheter och kunskaper. Det är klart att

vi inte har fått en heltäckande bild, för det här är en enormt stor verksamhet som rymmer väldigt många olika delar. Men jag tycker faktiskt att vi har fått en ganska rättvisande bild i detta att vi har fått belyst svåra problem och utmaningar som vi står inför och som inte är lösta. Vi har också fått en positiv bild av utvecklingen, och några lysande pärlor finns också redovisade.

Jag vill särskilt tacka er som har rest hit från Piteå, Nordanstig, Visby och Karlstad för att dela med er av era erfarenheter, för det är väldigt värdefullt för oss.

Vi är i den oerhört lyckliga situationen att vi har en mycket snabbt ökande medellivslängd. Det är en fantastisk framgång, och jag tror att jag talar för många när jag säger att det går så fort. Det går så fort att man själv blir gammal. Man hänger inte med sin egen ålder. Jag tror att det är många som känner det.

Men det går också så fort att samhället får en mycket äldre befolkning. Vi som ansvarar för besluten och planeringen har inte heller riktigt hängt med i hur fort det går. Det är en fantastiskt rolig utmaning men också en mycket stor sådan, för det handlar om så väldigt många människor och så väldigt många olika behov.

Självklart behöver det faktum att vi både blir äldre och många fler äldre inte med automatik betyda att vi behöver väldigt mycket mer vård och omsorg. Vi kommer dock att behöva mer äldreomsorg och framför allt, tror jag, sjukvård för multisjuka äldre. Där har vi en rejäl utmaning framför oss, och då tror jag att det är väldigt viktigt att man kan jobba långsiktigt och med brett politiskt stöd.

Därför vill jag återigen tacka er som tog er tid att komma och delge era kunskaper till oss i socialutskottet.

Bilder från seminariet

Problem och utmaningar inom äldreomsorgen idag

Håkan Ceder

Bild 1

Utmaningar inom äldreomsorgen

- Hemsjukvården
- Äldres psykiska hälsa
- Äldres läkemedelsbehandling
- Strukturuomvandlingen i äldreomsorgen
- Individanpassad äldreomsorg
- Kompetensförsörjningen
- Stödet till anhöriga



Bild 2

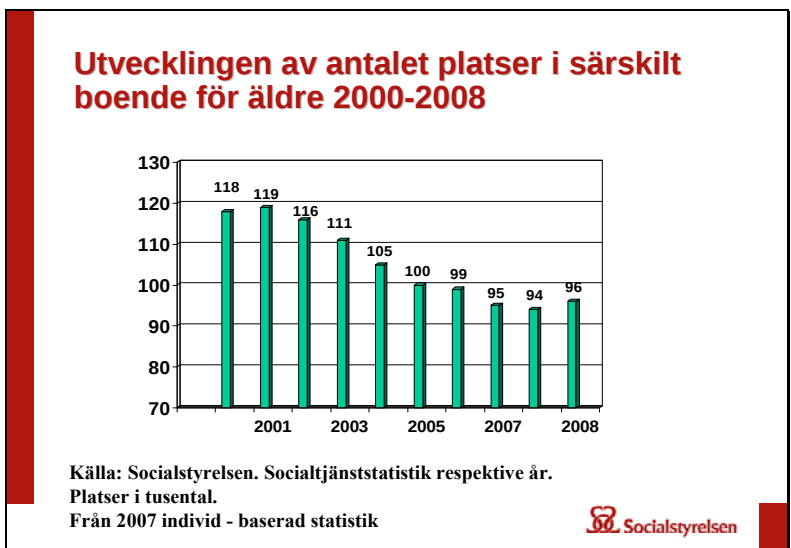


Bild 3

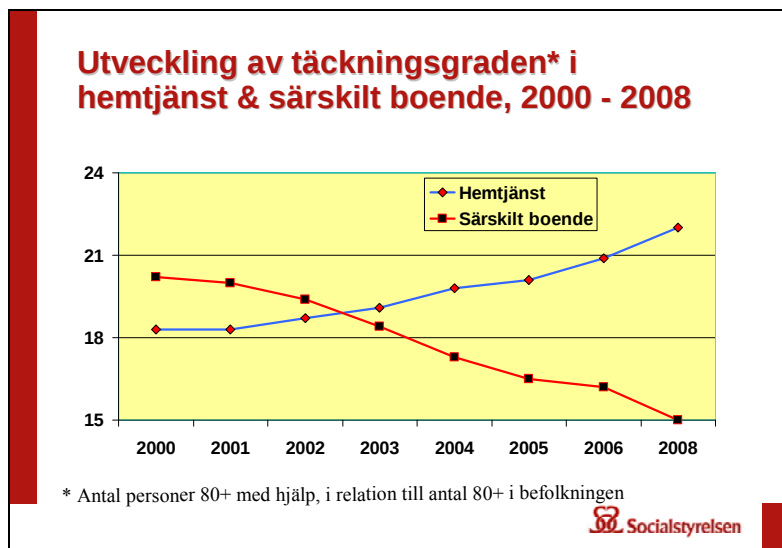


Bild 4

Stimulansmedel för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

- » Rehabilitering
- » Kost och nutrition
- » Demensvård
- » Läkemedelsgenomgångar
- » Det sociala innehållet
- » Förstärkt läkartillgång
- » Förebyggande hembesök

Totalt utbetalat 2006 - 2009 = ca 4600 miljoner kronor

Socialstyrelsen

Bild 5

Fördelning av 2007– 08 års medel till kommunerna		
<u>Område</u>	<u>Belopp mkr</u>	<u>Andel%</u>
• Rehabilitering	480	25
• Kost och nutrition	219	11
• Demensvård	362	19
• Läkemedelsgenomgångar	88	5
• Det sociala innehållet	429	23
• Förstärkt läkartillgång	15	1
• Förebyggande hembesök	220	12
Summa utbetalda medel	1 886 mkr	

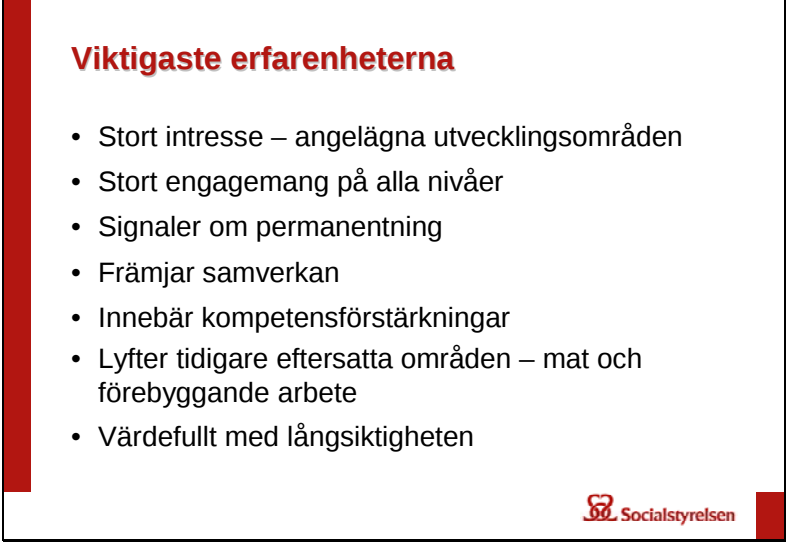
 Socialstyrelsen

Bil 6

Fördelning av 2007-08 års pengar till landstingen		
<u>Område</u>	<u>Belopp mkr</u>	<u>Andel%</u>
• Rehabilitering	219	27
• Kost och nutrition	28	4
• Demensvård	120	15
• Läkemedelsgenomgångar	151	19
• Det sociala innehållet	23	3
• Förstärkt läkartillgång	166	21
• Förebyggande hembesök	84	10
Summa utbetalda medel	802 mkr	

 Socialstyrelsen

Bild 7

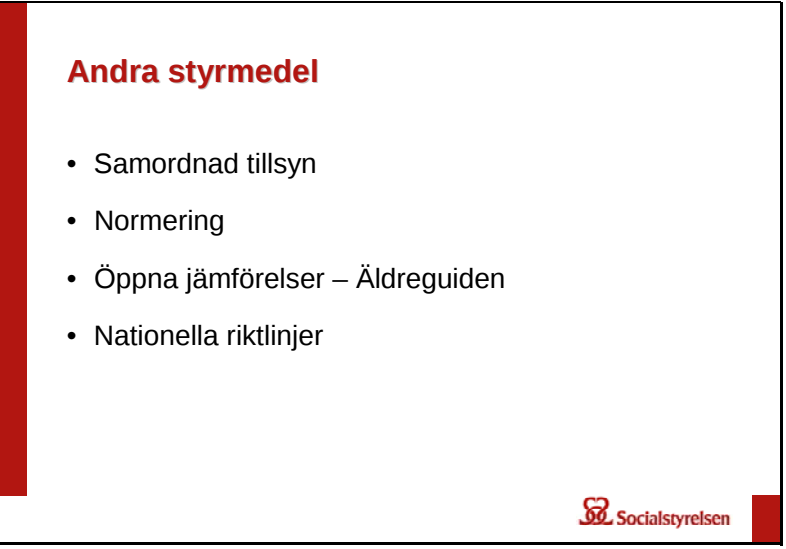


Viktigaste erfarenheterna

- Stort intresse – angelägna utvecklingsområden
- Stort engagemang på alla nivåer
- Signaler om permanentning
- Främjar samverkan
- Innebär kompetensförstärkningar
- Lyfter tidigare eftersatta områden – mat och förebyggande arbete
- Värdefullt med långsiktigheten

 Socialstyrelsen

Bild 8



Andra styrmedel

- Samordnad tillsyn
- Normering
- Öppna jämförelser – Äldreguiden
- Nationella riktlinjer

 Socialstyrelsen

okala Exempel
Peter Dons-Möller

Bild 1



Bild 2

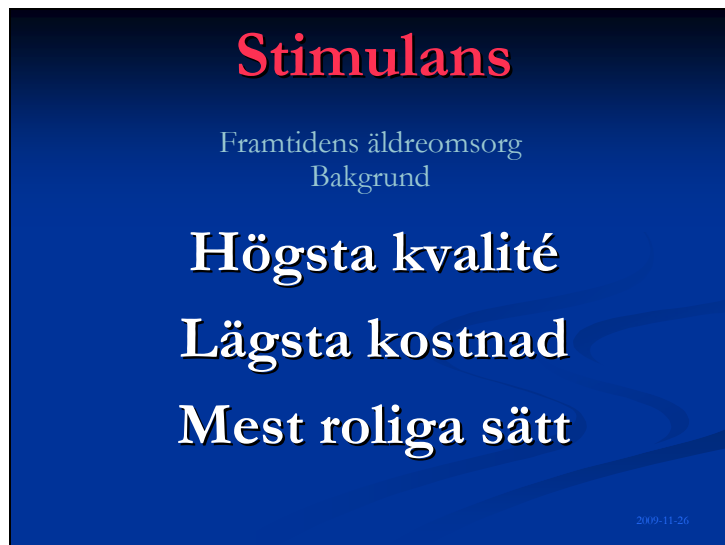


Bild 3



Bild 4



Bild 5

Insatskatalog

Vanligt förekommande insatser med standardtider

Kod	Insatsen	Tid	Kod	Insatsen	Tid
1	Omvärtsinsat	50	2	Delegerad (HSL)	HSL
10	Personlig hygien	min	20	Medicins	min
101	Ansikte	1	201	Skadad skalle	5
102	Öron	5	202	Skadad öra	5
103	Öron i öra	15	203	Skadad öron	5
104	Skada i öra	15	204	Skadad öra	10
105	Skadad öra	10	205	Skadad öra	5
11	Öra i skadad	min	21	Skadad öra	min
111	Skadad öra	5	211	Skadad öra	5
112	Skadad öra	5	212	Skadad öra	5
113	Skadad öra i skadad öra	5	213	Skadad öra	5
12	Skadad öra	min	22	Skadad öra	min
121	Skadad öra	5	221	Skadad öra	5
122	Skadad öra	10	222	Skadad öra	5
123	Skadad öra i skadad öra	10	23	Service	50
13	Skadad öra i skadad öra	min	30	Skadad öra	min
131	Skadad öra i skadad öra	5	301	Skadad öra	5
132	Skadad öra i skadad öra	5	302	Skadad öra	5
133	Skadad öra i skadad öra	5	303	Skadad öra	5
134	Skadad öra i skadad öra	5	304	Skadad öra	5
135	Skadad öra i skadad öra	5	305	Skadad öra	5
14	Skadad öra i skadad öra	min	31	Skadad öra	min
141	Skadad öra i skadad öra	5	311	Skadad öra	5
142	Skadad öra i skadad öra	5	312	Skadad öra	5
143	Skadad öra i skadad öra	5	313	Skadad öra	5
144	Skadad öra i skadad öra	5	314	Skadad öra	5
145	Skadad öra i skadad öra	5	315	Skadad öra	5
15	Skadad öra i skadad öra	min	32	Skadad öra	min
151	Skadad öra i skadad öra	5	321	Skadad öra	5
152	Skadad öra i skadad öra	5	322	Skadad öra	5
153	Skadad öra i skadad öra	5	323	Skadad öra	5
154	Skadad öra i skadad öra	5	324	Skadad öra	5
155	Skadad öra i skadad öra	5	325	Skadad öra	5
16	Skadad öra i skadad öra	min	33	Skadad öra	min
161	Skadad öra i skadad öra	5	331	Skadad öra	5
162	Skadad öra i skadad öra	5	332	Skadad öra	5
163	Skadad öra i skadad öra	5	333	Skadad öra	5
164	Skadad öra i skadad öra	5	334	Skadad öra	5
165	Skadad öra i skadad öra	5	335	Skadad öra	5
17	Skadad öra i skadad öra	min	34	Skadad öra	min
171	Skadad öra i skadad öra	5	341	Skadad öra	5
172	Skadad öra i skadad öra	5	342	Skadad öra	5
173	Skadad öra i skadad öra	5	343	Skadad öra	5
174	Skadad öra i skadad öra	5	344	Skadad öra	5
175	Skadad öra i skadad öra	5	345	Skadad öra	5
18	Skadad öra i skadad öra	min	35	Skadad öra	min
181	Skadad öra i skadad öra	5	351	Skadad öra	5
182	Skadad öra i skadad öra	5	352	Skadad öra	5
183	Skadad öra i skadad öra	5	353	Skadad öra	5
184	Skadad öra i skadad öra	5	354	Skadad öra	5
185	Skadad öra i skadad öra	5	355	Skadad öra	5
186	Skadad öra i skadad öra	5	356	Skadad öra	5
187	Skadad öra i skadad öra	5	357	Skadad öra	5
188	Skadad öra i skadad öra	5	358	Skadad öra	5
189	Skadad öra i skadad öra	5	359	Skadad öra	5
190	Skadad öra i skadad öra	5	360	Skadad öra	5

Insatser bedöms alltid utifrån ett individuellt behov.

Standardtiden är en uppskattning för en insats.

Den bedömda tiden är individuellt anpassad till den enskilda behov.

2009-11-26

Bild 6

Insatsbeskrivning

Uppgifter som vanligtvis ingår i insatsen	
Personlig omvårdnad Ingår vanligtvis i insatsen	Brukaren ansvarar för
• Hjälp med personlig hygien, douch/hande tvättning • Munvård borsta tänder/tandborste • Hårvård, kamning/borsta håret • Klädning • Av/på klädning • Hjälp med kroppsinhjälpmedel • Douch • Nagelskörd • Toilettbesök • Byta av inkontinenshjälpmedel, urtag, stomplös • Bada/dou, skatta upp vård • Hjälp med vandring • Ruka/tvätta håret • Hjälp med förflyttning • Ta ut skor	Att det finns: • skötsman • Tvätt/hushålls • Nagelsax • Tandborste • Tandskum • Kam/hårborste • Hårutvär, hårtvål • Raskappan

Insattiden kan ändras

Insatsen kan förskjutas +/- 30 minuter under överenskommen dag.

Vid större förändring kontaktas brukaren och ev. en annan skift dokumenteras

2009-11-26

Bild 7

Genomförande

Insatsplanering

Utföraren tar kontakt med brukaren inom 2 veckor efter beställning till bordsbrandslämpligen för avtal om besök. Brukaren erbjuds en kortlekman.

Vid första besök upprättas en genomförandeplan. Planen revideras efter behov.

I genomförandeplanen skall framgå vad insatser omfattar och när och var de skall utföras.

Insatser	Normalverksamhet under överenskommen dag	Insatserna kan maximalt bedrivas
Ansorgsmålsbesök	plus/min 30 minuter	plus/min 60 minuter. Dock kan dock störa plus/min 2 veckor
Besök av övriga	plus/min 30 minuter	plus/min 60 minuter
Skolläring	plus/min 30 minuter	plus/min 2 veckor
Social samvaro	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Individuell hjälp	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Uppsk	plus/min 30 minuter	plus/min 60 minuter
Arbetsutvärdering/temat	plus/min 30 minuter	kan inte bedrivas
Utsäppservice	plus/min 30 minuter	kan inte bedrivas
Individuell hjälp	plus/min 30 minuter	plus/min 60 minuter
Skolläring	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Normalövning	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Hälsö och skolläring	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Hälsö och skolläring	plus/min 2 timmar	plus/min 3 veckor
Hälsö	plus/min 30 minuter	plus/min 60 minuter

Kommissionen har som kvalitetsmål att 85 % av alla insatser levererats på den överenskomna tiden inklusive normalavbrott.

Vid avvikelse utöver normalavbrott kontaktas brukaren och avvikelsen skall dokumenteras.

Maximala ändringar kan bara förekomma efter avtal med brukaren och skall alltid dokumenteras. Maximala ändringar bör bara förekomma om t.ex. helgdag infaller på överenskommen dag.

2009-11-26

Bild 8

Kvalitetsfaktorer

Brukarfokuserade

Mätbara

Undvika kvantitet blir kvalitet

2009-11-26

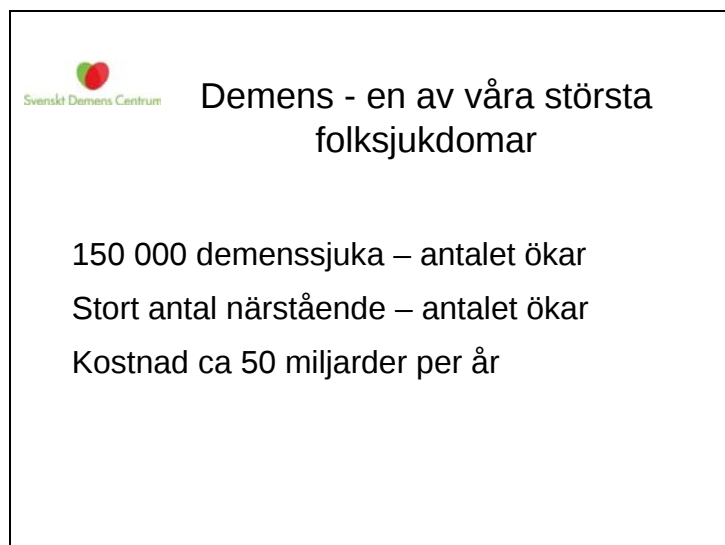
Kvalitetsutveckling i demensvården

Wilhelmina Hoffman

Bild 1



Bild 2



85% kommun, 5% landsting, 10% närstående

Bild 3



Nationella satsningar

- Genombrottsprojekt 2003-2005
- Kompetensstegen 2005-2008
- Swedish Brain Power 2005
- SBU – rapporten om demenssjukdom (statens beredning för medicinsk utvärdering) klar 2006
- Stimulansmedel till kommuner och landsting 2006-2010?
- SVEDEM 2007
- Nationellt kompetenscentrum för demensfrågor 2008
- Nationella riktlinjer Socialstyrelsen 2010

Bild 4



Kvalitet i vården (SOU2001.6)

- Ledarskap
- Gemensam vårdfilosofi
- Utbildning

Bild 5



Utbildning i demensvård är begränsad i grundutbildningarna

Det gäller utbildningar på alla nivåer

- Gymnasial nivå
- Universitet och högskoleutbildningar:
Sjuksköterske-, läkar-, arbetsterapeut-, sjukgymnast-, psykolog-, socionomutbildningar m.fl

Bild 6



Hur kan kvaliteten i demensvården utvecklas om inte grundutbildningarnas innehåll motsvarar befolkningens behov?

Bild 7

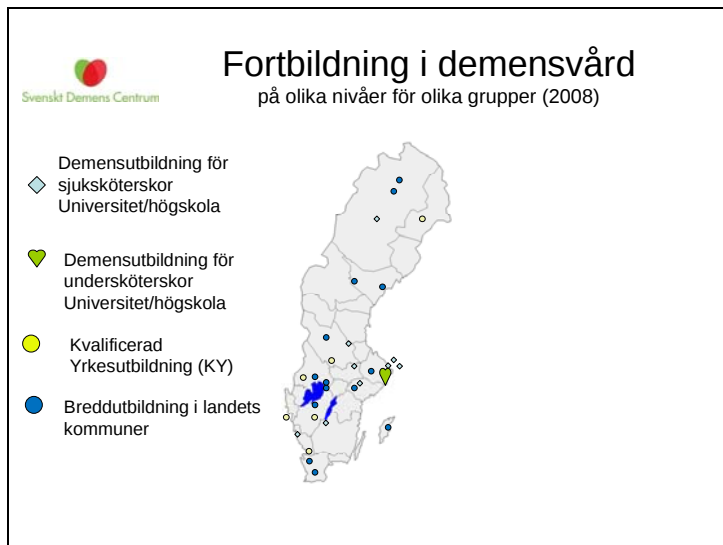


Bild 8

 **Svenskt demenscentrum satsar på utbildning**

Under 2010 publiceras Socialstyrelsens nationella riktlinjer i demensvård

SDC arbetar för att sprida riktlinjerna genom en nätbaserad utbildning

- Utbildningen är kostnadsfri
- Målgruppen är anställda inom vård och omsorg
- Målet är att nå ut med kunskapen - där den ska användas



Bild 9



Hur fungerar anhörigstödet idag?

Lennart Magnusson

Bild 1

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Hur fungerar anhörigstödet idag?
Öppet seminarium om äldrefrågor
Sveriges riksdag den 26 november 2009

Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson





Länssamordnarna för anhörigstöd i Norrland



Bild 2

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Vem är anhörigvårdare?

- Tre fjärdedelar av all vård och stöd till äldre ges av anhöriga.
- En fjärdedel av dem som är 55 år och äldre hjälper äldre, sjuka eller funktionshindrade (650 000 personer).
 - *Den första gruppen, (3%)* ger hjälp och stöd en gång om dagen eller flera gånger i veckan till maka eller make i det egna hushållet, vanligen i ålder 75–84 år och lika vanligt bland kvinnor och män (83 000 personer).
 - *Den andra gruppen, (6%)* hjälper släkting, nära vän, granne eller arbetskamrat dagligen eller flera gånger i veckan, vanligast kvinnor (166 000 personer).
 - *Den tredje gruppen, (15%)* hjälper någon utanför det egna hushållet, en gång i veckan eller mera sällan. En något yngre grupp utan skillnad mellan kvinnor och män (415 000 personer).

(Johansson, 2005, Szerbely 2007)



Bild 3

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Anhörigvårdares behov

– information, utbildning och stöd



- Information och utbildning om:
 - praktiska färdigheter att ge vård och omsorg i det dagliga livet
 - den anhöriges sjukdom, vanliga problem och behandling
 - vad det finns för hjälp och stöd att få i samhället, ekonomiska bidrag, tekniska hjälpmedel och anpassning av boendet
 - strategier att bemästra situationen
- Stöd som fokuserar på:
 - någon förstående att tala med
 - tillgång till avlösning
 - praktisk hjälp med omvårdnadsåtgärder
 - en bra och lämpligt anpassad hemmiljö
- Behoven förändras över tid
- Erfarna anhörigvårdare kan betraktas som experter

(Kristensson Ekwall, 2004, Magnusson, 2005)

Bild 4

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Olika former av anhörigstöd



Direkt stöd	Indirekt stöd
• Anhörigcenter och träffpunkter	• Hemtjänst
• Stödsamtal	• Korttidsboende
• Anhöriggrupper	• Dagverksamhet
• "Må-bra"-aktivitet	• Särskilt boende
• Avlösning	
• Information och utbildning	
• Ekonomisk ersättning	
• e-tjänster och tekniska hjälpmedel	

Bild 5

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga



En överblick

- Anhörigstödet varierar över landet
 - Varierar mellan större och mindre kommuner
 - Varierar mellan olika regioner
- Aktiva politiker spelar roll

Bild 6

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga



Utmaningar

- Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd
- Samverkan och partnerskap i stöd och hjälp för anhöriga
- Kombinera förvärvsarbete och anhörigomsorg
- E-tjänster och ny teknik för anhörigvårdare
- Bibehålla hälsa och förebygga ohälsa
- Etnicitet och anhörigomsorg
- "Palliativ anhörigvårdare"
 - "sluta vårdandet", särskilt boende och efterlevandestöd
- Information och utbildning

Bild 7

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Hur kan vi hjälpa kommuner, landsting och ideella organisationer?

- Genom att samla in, strukturera och sprida kunskap
- Stimulera och stödja utvecklingsarbete



Bild 8

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Kunskapskällor

- kunskapsöversikter
- inspirationsmaterial
- reportage och artiklar
- nyhetsbrev
- hemsida, www.anhoriga.se



Bild 9



Bild 10



Bild 11

Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga

Tack!

Information och kontakt

- Lennart Magnusson
 - tel: 0480-41802
 - e-post: lennart.magnusson@anhoriga.se
- Hemsida: www.anhoriga.se
- Telefon: 0480-41 80 20



Fokus
Fokus för anhöriga

FoU SJUHÄRAD
VÄLFÄRD

AHR
anförstånds
hjälp

Hi
Hjälpmedelinstitutet

Länssamordnarna
för anhörigstöd
i Norrland



Ett lokalt exempel

Kerstin Tengwall

Bild 1



Bild 2



Bild 3

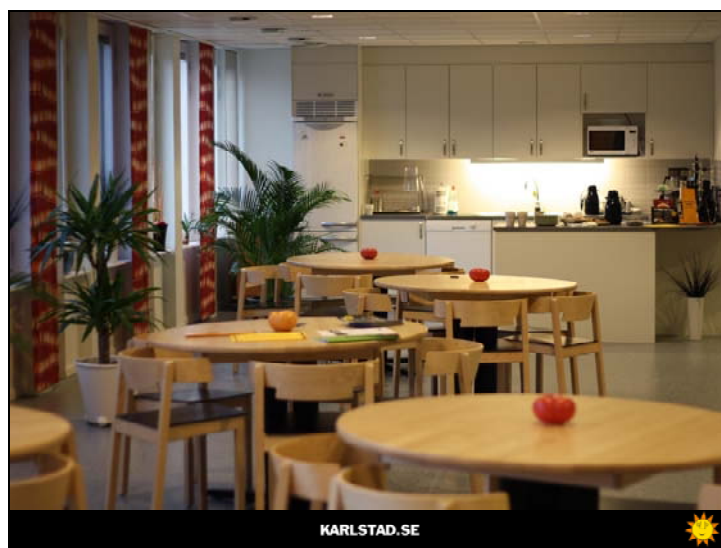


Bild 4



Bild 5



Bild 6



Bild 7

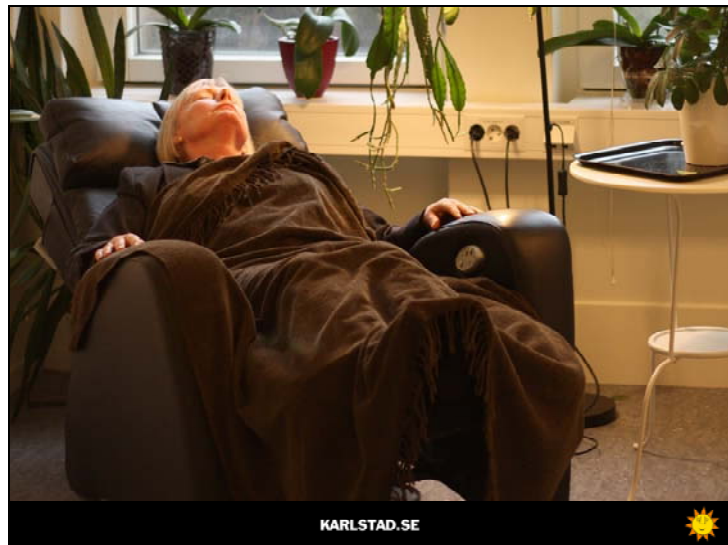


Bild 8



Bilaga

SOCIALUTSKOTTET

PROGRAM

ÖPPET SEMINARIUM OM ÄLDREFRÅGOR

med anledning av socialutskottets behandling av äldrefrågor i betänkandet 2009/10:SoU1

*torsdagen den 26 november 2009 kl. 09.00 – 11.45 i Skandiasalen,
Sveriges riksdag (ingång från Mynttorget, Gamla stan)*

Syftet med seminariet är att belysa ett antal frågeställningar samt att fördjupa kunskaperna på äldreområdet.

09.00	Inledning	Kenneth Johansson, ordförande i socialutskottet
09.05	Problem och utmaningar inom äldreomsorgen i dag samt	Socialstyrelsen Håkan Ceder, överdirektör Christer Neleryd, enhetschef
	Effekter av styrmedel (stimulanspengar)	
09.25	Lokala exempel	Nordanstigs kommun

		Peter Dons-Möller, enhetschef Katarina Lindberg, vik. enhetschef samt
		Piteå kommun Lena Esbjörnsson, verksamhetsutvecklare
09.40	Multisjuka äldre	Arne Sjöberg, vice ordförande i Svensk Geriatrisk Förening samt verksamhetschef vid Länssjukhuset i Kalmar
10.00	Kvalitetsutveckling i demensvården	Svenskt Demens Centrum Wilhelmina Hoffman, föreståndare Gunilla Nordberg, projektansvarig för forskning och utveckling
10.10	Ett lokalt exempel	Nätverk för Silviasystrar, Visby Maria Boklund, silviasyster Hanna Hällegård, verksamhetsutvecklare
10.15	P A U S	
10.35	Hur fungerar anhörigstödet idag?	Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, Kalmar Lennart Magnusson, verksamhetschef Elizabeth Hanson, FoU-ledare

10.45 Ett lokalt exempel Anhörigcentrum i Karlstad
 Kerstin Tengwall, samordna-
 re/anhörigkonsulent
 Carin Wallman, anhörigkon-
 sulent
 Kristina Wennstam, anhörig-
 konsulent
 Magnus Schedin, verksam-
 hetschef

10.50 Några reflektioner SPF
 från två pensionärs- Karl-Erik Axelsson, vice ord-
 organisationer förande
 Hans Lenkert, generalsekrete-
 rare
 samt

PRO

Lars Hedberg, 2:a vice ordfö-
 randen

Guy Lööv, socialpolitisk om-
 budsman

11.00 F R Å G E-
 S T U N D

11.40 Avslutning Ylva Johansson, vice ordfö-
 rande i socialutskottet

11.45 S L U T

Statssekreterare Ragnwi Marcelind, politiskt sakkunnige
 Henrik Kjellberg, ämnesrådet Gert Knutsson och kanslirådet
 Karin Hellqvist, samtliga Socialdepartementet, kommer att
 vara närvarande under seminariet och tillgängliga för att sva-
 ra på frågor under frågestunden.