

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer

Del 2

*Betänkande av Utredningen om
nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*

Stockholm 2017



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:21

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24581-1
ISSN 0375-250X

Innehåll

Del 1

Förkortningar	17
Ordförklaringar	21
Sammanfattning	29
1 Författningsförslag	47
1.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen	47
1.2 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen.....	49
2 Utredarens inledning	51
2.1 Inledning	51
2.2 Varför används ”jag” i betänkandetexten?	52
2.3 Långsiktighet.....	52
2.4 Hur ska betänkandet läsas?	54
3 Utredningens uppdrag och arbete	57
3.1 Uppdraget.....	57
3.2 Utredningens arbete	57
3.3 Övergripande inriktning och avgränsningar	60

4	Människosyn, existentiell hälsa och förhållningssätt	61
4.1	Människosyn.....	61
4.2	Lagstiftning	67
4.3	Nationella mål.....	70
4.4	Fundament för den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer	75
5	En nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer	81
5.1	Så kom vi dit vi är i dag	81
5.2	Bättre, ja, men bra?	85
5.3	Där vill vi vara om tio år.....	85
5.4	Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer	91
5.5	De första stegen 2019–2020.....	94
5.6	På lite längre sikt 2021–2025.....	104
5.7	På lång sikt 2026–2034	113
6	Kvalitet och effektivitet	117
6.1	Kvalitet i en relationell verksamhet	117
6.2	Vad är god kvalitet?	119
6.3	Välbefinnande och trygghet – mål som speglar omsorg som relationell	121
6.4	Kvalitet ur tre perspektiv	126
6.5	Strukturkvalitet.....	126
6.6	Processkvalitet	131
6.7	Resultat	132

6.8	Effektiv vård och omsorg	135
6.9	Stärka kvaliteten	139
7	Den äldre personen och vård och omsorg	151
7.1	Inledning	151
7.2	Vem är ”den äldre”?	151
7.3	Befolkning och typ av hushåll	153
7.4	Så bor äldre personer	155
7.5	Skillnader i hälsa och levnadsvillkor	166
7.6	Kroppens grundläggande behov	173
7.7	Att bibehålla ett socialt sammanhang	178
7.8	Psykisk hälsa	180
7.9	Äldre personer med många sjukdomar	184
7.10	Våld i nära relationer	194
7.11	Äldre personer födda i andra länder	196
7.12	Nationella minoriteter och urfolk	200
7.13	Att åldras med funktionsnedsättningar	201
7.14	Hbtq i äldreomsorgen	204
7.15	Äldreomsorgen i siffror	206
7.16	Annan lagstiftning	227
7.17	Kommunal hälso- och sjukvård	231
7.18	Anhörigas roll	235
7.19	Mänskliga rättigheter	236
7.20	Finansieringen av vården och omsorgen om äldre personer	242

8	God kompetensförsörjning	249
8.1	Några utgångspunkter.....	249
8.2	Dagens personal.....	255
8.3	Har dagens personal tillräcklig yrkeskompetens?	267
8.4	Framtida krav på yrkeskompetens	287
8.5	Tillgång och efterfrågan på personal	314
8.6	Hur kan balans mellan tillgång och efterfrågan uppnås? – en nationell strategi	334
8.7	Utökat vuxenlärande	355
8.8	Utvecklad yrkeshögskola	370
8.9	Nationellt system för validering	377
8.10	Legitimation av undersköterskor	385
8.11	Bättre stöd till livslångt lärande	408
8.12	Nya krav och bättre förutsättningar för enhetschefer	418
8.13	Nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen	439
8.14	Utökad högre utbildning i geriatrik och gerontologi	446
8.15	Bättre samordning mellan aktörer	463
 Del 2		
9	Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser	473
9.1	Utgångspunkter.....	473
9.2	Hälsofrämjande och förebyggande insatser.....	478
9.3	Förebygga risker	494
9.4	Det civila samhällets roll	508
9.5	Rehabilitering.....	511

9.6	Ansvar och rättslig reglering	518
9.7	Behov av samverkan.....	520
9.8	Rehabilitering och habilitering för personer med tidigare funktionsnedsättningar.....	523
9.9	Uppföljning och stöd till förbättringsarbete.....	524
9.10	Hjälpmedel	525
10	Sammanhållen vård och omsorg.....	529
10.1	Sammanhållen vård och omsorg	529
10.2	Samverkan – vägen till sammanhållen vård och omsorg? ...	537
10.3	Samordning – vägen till sammanhållen vård och omsorg?	540
10.4	Samarbete som väg mot en mer sammanhållen vård och omsorg	549
10.5	Forskning och utvärderingar.....	557
10.6	Tidigare utredningar	559
10.7	Förslag om multiprofessionella team	567
11	Anhöriga.....	577
11.1	Bakgrund	577
11.2	Anhörig.....	580
11.3	Uppmärksamma de anhöriga	586
11.4	Behov av ökad kunskap	595
12	Välfärdsteknik	599
12.1	Utgångspunkter	599
12.2	De som ska använda tekniken	600
12.3	Tekniken.....	604
12.4	Etiska överväganden	612

12.5	Rättsliga förutsättningar	619
12.6	Personalen	636
12.7	Myndigheterna.....	639
12.8	Nordiskt samarbete	641
12.9	Behov av gemensamma standarder	646
12.10	Upphandling	653
12.11	Några framtidsblickar.....	658
12.12	Säkerhet och skillnader mellan kommunerna	660
12.13	Kvalitet och effektivitet	662
13	Boende för äldre personer	667
13.1	Uppdrag enligt direktiven	667
13.2	Bo tryggt, praktiskt och med gemenskap	667
13.3	Särskilda boendeformer för äldre	675
13.4	Sociala insatser	692
13.5	Det ordinära boendet	698
13.6	Trygghetsboende och seniorboende	700
13.7	Bostadstillägg för pensionärer	709
13.8	Information och stöd till äldre personer om boende på äldre dagar	712
14	Flexibla former för handläggning och beslut om insatser till äldre personer	715
14.1	Direktiven	715
14.2	Vilka behov finns av förenkling av biståndsprovningen?...	716
14.3	Aktuell lagstiftning.....	730
14.4	Begreppet förenklad handläggning	751
14.5	Förenklad handläggning i tidigare statliga utredningar.....	753

14.6	Ny bestämmelse om förenklad biståndsprövning	754
14.7	Exempel på hur den föreslagna bestämmelsen om förenklad biståndsprövning kan användas.....	760
14.8	Mina skäl för utformning av den nya bestämmelsen om förenklad biståndsprövning.....	761
15	Uppföljning	765
15.1	Inledning	765
15.2	Uppföljning ur olika perspektiv.....	767
15.3	Kvalitetsregister	772
15.4	Kommunernas uppföljning	775
15.5	Intresse- och arbetsgivarorganisationernas uppföljning	781
15.6	Källor för den nationella uppföljningen	784
15.7	Presentation av nationella uppföljningar.....	790
15.8	Myndigheternas uppföljning.....	795
15.9	Effektiv vård och omsorg	796
15.10	Följa upp den nationella kvalitetsplanen	801
15.11	Utvecklingsområden för den nationella uppföljningen.....	806
16	Översyn av socialtjänstlagen m.m.....	809
16.1	Bakgrund	809
16.2	Bakgrund och motiv för frågeställningarna.....	811
16.3	Skälig levnadsnivå eller goda levnadsvillkor	812
16.4	Individuell behovsprövning eller inte?	817
16.5	Reglera äldreomsorgen i socialtjänstlagen eller i en egen lag?	818
16.6	Avgifter för kommunal vård och omsorg samt kostnader för mat inom äldreomsorgen	819
16.7	Hemtjänst för asylsökande.....	825

17	Konsekvensanalyser	827
17.1	Inledning	827
17.2	Kapitel 4–7 – Människosyn, kvalitet och nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer.....	828
17.3	Kapitel 8 – God kompetensförsörjning	831
17.4	Kapitel 9 – Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbete	844
17.5	Kapitel 10 – Sammanhållen vård och omsorg	848
17.6	Kapitel 11 – Anhöriga	851
17.7	Kapitel 12 – Välfärdsteknik.....	854
17.8	Kapitel 13 – Boende för äldre personer.....	866
17.9	Kapitel 14 – Flexibla former för handläggning och beslut	872
17.10	Kapitel 15 – Uppföljning	876
17.11	Kapitel 16 – Översyn av socialtjänstlagen m.m.	880
17.12	Finansiering av förslagen.....	884
18	Författningskommentar	887
18.1	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	887

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2015:72	891
Bilaga 2	Sakkunniga och experter samt deltagare i den parlamentariska referensgruppen och övriga referensgrupper	903
Bilaga 3	Utredningens möten och besök	907
Bilaga 4	Skrivelse till äldreminister Åsa Regnér	913
Bilaga 5	Beskrivning av datakällor, bearbetning och kvalitetssäkring av data från Statistiska Centralbyrån	923
Bilaga 6	Utökad vuxenutbildning inom programgemensamma ämnen vård och omsorg	927
Bilaga 7	Statistikunderlag kompetensförsörjning	931
Bilaga 8	Kartläggning av information om förenklad handläggning på kommunernas egna webbsidor	951
Bilaga 9	Resultat från enkäten om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen	955
Bilaga 10	Bostadstillägg för pensionärer (BTP) och effekter av höjning av taket för bostadsutgiften	973

9 Hälsöfrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

9.1 Utgångspunkter

I direktiven till utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen framhålls att ”Ett preventivt arbetssätt inom vård och omsorg kan ge flera vinster. Ett sådant arbetssätt är ofta långsiktigt kostnadseffektivt och därför samhällsekonomiskt motiverat, men framför allt handlar det om att de äldre kan få ett gott och självständigt liv under en längre tid.” I direktivet nämns vikten av god och näringsrik mat, fysisk aktivitet, starka sociala nätverk, att förebygga fallskador och att uppmärksamma munhälsan. Minskad sjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom nämns som exempel på effekter av mer hälsosamma levnadsvanor. Civilsamhällets roll lyfts fram. Både förebyggande och rehabiliterande insatser bör enligt direktivet kunna ge den äldre personen högre livskvalitet och också medföra långsiktiga ekonomiska vinster för samhället. ”Utredaren ska föreslå insatser som stärker det förebyggande arbetet inom äldreomsorgen. Utredaren ska också lämna förslag på hur det rehabiliterande arbetet kan stärkas.”¹

Samhällets alla delar berörs av hälsofrämjande och förebyggande insatser. En boendemiljö som inbjuder till promenader och stimulerar sociala möten är en del av ett åldersvänligt samhälle. Som jag redovisat i kapitel 7 är en tillgänglig utemiljö en viktig faktor för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt även med olika funktionsnedsättningar. Bostadsanpassning kan ses som en del av en kommuns hälsofrämjande arbete. Utformningen av kollektivtrafiken är ett annat exempel.

¹ Dir 2015:72. *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.*

I detta kapitel belyser jag olika former av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt rehabilitering på individnivå, främst riktade till äldre personer i behov av vård och omsorg.

Tyngdpunkten i detta kapitel ligger på äldre personer som inte har ett stort vård- och omsorgsbehov och där behov av vård och omsorg kan förebyggas och skjutas upp genom hälsofrämjande insatser. Jag vill emellertid understryka att behov och förslag till insatser är generella och gäller alla åldrar och funktionstillstånd. Beroende på den äldre personens funktionstillstånd kan de behöva anpassas, vilket jag återkommer till i kapitel 13.

Det friska som utgångspunkt

Salutogen vård och omsorg tar sin utgångspunkt i Aaron Antonovskys teorier om vad som kan bidra till att en människa kan upprätthålla hälsa trots påfrestningar. Med begreppet KASAM avses en stark känsla av sammanhang – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.² En tolkning av detta har varit att mer fokusera på det friska, vad den äldre personen kan, än vilka funktionsnedsättningar den äldre personen har. Detta ligger nära det som under några decennier beskrivits som ett rehabiliterande förhållningssätt, liksom begreppet empowerment.

Redan i 1970-talets socialutredning slogs fast att personalen måste utgå från vad den äldre personen kan, inte från vad hen inte kan³. Det gäller hela livsloppet, även när den äldre personen behöver hjälp av andra för att klara sin vardag.

Det är också angeläget att ha en helhetssyn på den äldre personen – att inte bara se de fysiska behoven, utan också behoven av att få vara en person som fortfarande lever, som får vara delaktig, vara i ett socialt sammanhang, och att få samtala om sina existentiella frågor. Att kunna uppmärksamma sambandet mellan kommunikationsförmågan och den psykiska hälsan och att hen får rätt förutsättningar för att kunna behålla vad jag vill beskriva som en kommunikativ delaktighet i vardagen.

² Antonovsky Anton, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och Kultur, 2005.

³ SOU 1974:39. Socialutredningen. *Socialvärden, mål och medel*.

God hälsa som mål

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av hälsosamt åldrande (healthy ageing) eller ”framgångsrikt” åldrande (successful ageing). Begreppen används ofta omväxlande och verkar stå för ungefär det samma. I flera studier används Rowe och Kahns (1998) definition:

- frihet från sjukdom och sjukdomsrelaterat funktionshinder
- bibehållande av fysisk och kognitiv funktionsförmåga
- bibehållande av aktivt engagemang.⁴

Vissa författare använder en mycket mindre restriktiv definition och framhåller att man kan ha ett ”framgångsrikt åldrande” även med sjukdom och funktionshinder. Man lägger då större vikt vid kognitiva och affektiva faktorer.⁵

Med begrepp som ”successful ageing” finns det en risk för att fysisk förmåga överbetonas, och att begreppet kan leda till att det subjektiva förbises; att varje persons åldrande är olika. Det finns också en risk för en individualisering, där det goda åldrandet blir den äldres eget projekt. Detta trots att det goda åldrandet är beroende av det sociala, ekonomiska och kulturella sammanhang personen lever i, och där ojämlikhet påverkas av bl.a. socialgrupp, kön och etnicitet.⁶ Det är även olyckligt att använda ett begrepp som ”framgångsrikt” då det antyder att ohälsa är ett misslyckande för individen.

I *Healthy Ageing – a Challenge for Europe*⁷ beskrivs ett hälsosamt åldrande på följande sätt: ”En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta

⁴ Rowe John W och Kahn Robert L. *Successful Aging*. New York: Pantheon Books 1998.

⁵ Karp, Anita, Agahi, Neda, Lennartsson, Carin, Lagergren, Märten och Wänell, Sven Erik. *Ett hälsosamt åldrande, kunskapsöversikt över forskning 2005–2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2013:05, 2013.

⁶ Martinson, Marty och Berridge Clara. Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist feb*; 55 s. 58–69, 2015.

⁷ Statens folkhälsoinstitut initierade 2003 i samverkan med Världshälsoorganisationen (WHO), European Older People’s Platform (AGE), EuroHealthNet samt nio organisationer och myndigheter i andra länder, projektet ”Healthy Ageing”, vars slutrapport publicerades 2007.

aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.”⁸

Med denna breda definition av hälsa blir hälsa inte bara en fråga för hälso- och sjukvården. Att underlätta för den äldre personen som är i den fjärde åldern, att uppleva hälsa definierad på detta sätt, bör ses som en uppgift för hela samhället. För äldreomsorgens del kan det handla om att underlätta att delta i sociala aktiviteter även när man överlevt sina jämnåriga vänner och möjliggöra att bibehålla sina intressen eller finna nya sammanhang när de gamla inte längre är möjliga. Rätt till promenader och utevistelse är ett i den allmänna debatten om äldreomsorgen ofta valt exempel. Social, kulturell och fysisk aktivitet är bra för såväl hjärta som hjärna och har en förebyggande roll för utvecklingen av t.ex. psykisk ohälsa så som depressiva symptom och sjukdomar (där speciellt de sociala aktiviteterna lyfts fram som effektiva⁹) samt av demenssjukdomar¹⁰. Vilka insatser som är adekvata är beroende av individens livshistoria, intressen och förmåga.

Hälsoskillnader

Hälsa är relaterat till de livsbetingelser vi lever under. Var vi bor, ekonomiska och sociala förhållanden, utbildning och kön är exempel på faktorer som har betydelse för hälsan. Det levda livet kan inte göras om men det är aldrig för sent för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Som jag redovisat i kapitel 7 finns det betydande hälsoskillnader mellan kvinnor och män, och mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa skillnader kvarstår, och förstärks i vissa fall, i hög ålder. Personer med högre utbildning lever längre än de med kort utbildning och rapporterar bättre självupplevd hälsa. Kvinnor har en sämre hälsa än männen. Däremot är männens medellivslängd kortare än kvinnornas, och fler män än kvinnor tar sitt liv. Skillnaderna i hälsa tycks

⁸ Berensson, Karin (red.) *Healthy Ageing – a challenge for Europe*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut rapport 2006:29, 2006.

⁹ Forsman Anna, Nordmyr Johanna och Wahlbeck Kristian. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int*. Dec;26 Suppl 1:i85–107. doi: 10.1093/heapro/dar074, 2011.

¹⁰ ”Det som är bra för hjärtat är bra för hjärnan”, Citat från professor Miia Kiivipelto, se t.ex. Internet www.demenscentrum.se/Dold---Puffar-RSS-Menyer/Aldre-i-Centrum-105/Allt-som-ar-bra-for-hjalrtat-ar-bra-for-hjarnan/

kvarstå över tid¹¹, trots de nationella målen om ökad jämlikhet i hälsa. Regeringens mål är att de påverkbara skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper ska vara borta inom en generation.¹²

Lagstiftningen

Sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för förebyggande och hälsofrämjande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Riksdagen har beslutat om ny hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017. De bestämmelser i nuvarande lag som refereras här återfinns likalydande i den nya lagen.¹³

Enligt 2 c § HSL ska ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.” Kommunerna och landstingen har således ett lagstadgat ansvar att möjliggöra för den enskilde att leva hälsosamt och få kännedom om riskfaktorer för sjukdom.

I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, anges att till socialnämndens uppgifter hör att ”genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden” (3 kap. 1 § SoL). I 5 kapitlet med rubriken ”Äldre människor” anges att ”Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.” (5 kap. 4 § SoL). Avseende människor med funktionshinder anges att ”Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd” (5 kap. 7 § SoL). Det innebär ett ansvar för förebyggande arbete i bred bemärkelse riktat till de grupper av äldre som denna utredning handlar om.

¹¹ Schön Pär och Parker Marti. Sex differences in health in 1992 and 2002 among very old Swedes. *Journal of Population Ageing* 1(2) (2009): s. 107–123.

¹² www.regeringen.se/artiklar/2015/06/en-kommission-for-jamlik-halsa/ (hämtad 2017-01-09).

¹³ Proposition 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Kommunerna har också ett ansvar för uppsökande arbete riktat till äldre personer. ”Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.” (5 kap. 6 § SoL).

9.2 Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Min bedömning: Hälsofrämjande och förebyggande insatser är ett långsiktigt arbete och ska omfatta hela befolkningen oavsett ålder. Det är aldrig för sent att ge stöd till hälsofrämjande vanor och att förebygga ohälsa. Kommunerna har ett tydligt ansvar att underlätta för äldre personer att vara fysiskt och socialt aktiva och vara delaktiga i samhällslivet. Samverkan bör ske med civilsamhället.

Delaktighet i samhället, meningsfullhet och självständighet är en viktig del för hälsan. Hälsofrämjande insatser är ofta baserade på att ge individen redskap för kunskap och möjligheter för eget ansvar för hälsan. Hälsofrämjande insatser är dock bredare än så. Här kan alla insatser som underlättar för äldre personer att vara delaktiga i samhällslivet och klara sig själva inkluderas. I tätorten kan det exempelvis handla om avfasade trottoarer, trygga promenadstråk och närhet till service dit man kan ta sig själv. På landsbygd och i glesbygd att olika former av service och kollektivtrafik möjliggör för äldre personer att kunna klara sig själv även om de inte längre kan eller vill köra bil.

Vården och omsorgen om äldre personer behöver beakta de ”fyra hörnspelare” för god hälsa på äldre dagar som Statens Folkhälsoinstitut arbetade fram strax efter millennieskiftet; fysisk aktivitet, goda matvanor, social gemenskap och socialt stöd samt meningsfullhet/delaktighet/känna sig behövd.

I en kunskapsöversikt sammanfattades resultaten med ”att insatser som främjar fysisk, psykisk, kulturell aktivitet, bra matvanor, sociala nätverk är betydelsefulla för att bevara hälsan bland äldre. Det är också viktigt att de äldre har meningsfull sysselsättning,

anpassad till deras förmåga.”¹⁴ En slutsats som fortsatt forskning bara kunnat ytterligare bekräfta.

Hälsofrämjande insatser är sällan i praktiken uppdelade mellan fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Stöd till social gemenskap stärker den psykiska hälsan, förebygger depression, och möjliggör en bättre matlust vilket ger ökad kraft till fysisk träning för att ta ett exempel.

Ingen tänker väl att nu ska jag gå på konsert, teater eller bio för att hålla mig frisk. Men värdet av att själv få delta i och att få uppleva olika former av kulturaktiviteter är väl belagd som hälsofrämjande.¹⁵

Under perioden 2010–2012 hade dåvarande Statens Folkhälsoinstitutet (FHI), tillsammans med Socialstyrelsen, i uppdrag av regeringen att tillsammans ta fram en vägledning kring hälsosamt åldrande. Vägledningen går under namnet Seniorguiden, en webb med beskrivningar av projekt samt effekt- och processutvärdering av de försöksverksamheter som FHI hade i uppdrag att genomföra.¹⁶ Försöksverksamheterna hade som fokus samverkan mellan kommun och landsting.

Slutrapporten från satsningen kom 2013.¹⁷ En förlängning beslutades med fördjupade studier och som rapporterades av 2015. Förslag från de avslutande rapporterna inför framtida arbete var:

- långsiktig satsning på en hållbar och trovärdig vägledning
- fler uppföljningar behövs ur ett långtidsperspektiv
- långsiktigt nationellt nätverk.¹⁸

¹⁴ Thille, Anna (red.) *Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut rapport 2003:63 2003.

¹⁵ Se t.ex. Kulturrådet: *Kultur för äldre. Värt att leva för*. Stockholm: Statens Kulturråd, skriftserie 2013:4.

¹⁶ www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/ (hämtad 2017-01-09).

¹⁷ Folkhälsomyndigheten: *Hur kan kommuner och landsting arbeta för att främja hälsan hos personer över 60 år? Slutrapport för regeringsuppdraget att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamheter med hälsocoacher*. Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2013.

¹⁸ Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsomyndighetens slutredovisning av regeringsuppdrag att genomföra fördjupade dataanalyser och 36-månaders uppföljning av försöksverksamheten Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande*. Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2015.

Stöd för förebyggande arbete vad gäller otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma kostvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol finns i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.¹⁹

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIPAH), är ett europeiskt innovationspartnerskap som startade 2011 och som ska avslutas 2020. Initiativet har tillkommit mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med en allt större åldrad befolkning i Europa. Det är ett pilotprojekt vars syfte är att stimulera till innovationer för att lägga fler friska år till livet. Och en möjlighet till ett längre, hälsosammare och mer aktivt åldrande.²⁰

Främja fysisk aktivitet

Min bedömning: Genom att tillhandahålla lämpliga lokaler, ombesörja att det finns tillgängliga promenadstråk och andra möjligheter till motion och fysisk träning samt genom att stödja föreningar och organisationer kan kommunerna underlätta för äldre personer att bibehålla eller börja vara fysiskt aktiva. Särskild uppmärksamhet behöver riktas till äldre personer som är fysiskt inaktiva.

De senaste årens forskning har stärkt evidensen för att fysisk aktivitet är fallpreventivt, motverkar muskelsvaghet, främjar hjärt- och kärhläsa och motverkar fysisk funktionsnedsättning.

En fysiskt aktiv livsstil kan medföra bättre fysisk funktion och högre livskvalitet.²¹ Det finns en koppling mellan motion och ökad livslängd, respektive förhöjd livskvalitet. Fysisk aktivitet kan minska risken för ett flertal sjukdomar som är vanliga i högre åldrar, exempelvis hjärtkärlsjukdomar, stroke och diabetes. Fysisk aktivitet kan även ses som en del av det fallskadeförebyggande arbetet. Fysisk aktivitet ökar styrka, syreupptagningsförmåga, rörlighet och balans

¹⁹ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

²⁰ http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing (hämtad 2017-01-09).

²¹ Halaweh, Hadeel. *Active Ageing a Path towards Ageing Well. Physical Functioning, Physical Activity, Falls Self-Efficacy and Social Participation in Community-Dwelling Elderly*. Diss. Göteborgs Universitet, 2016.

hos äldre och styrketräning har en positiv effekt på funktionsbegränsningar. Muskelmassan kan effektivt ökas med styrketräning högt upp i åldrarna.²² Med styrketräning och näringsriktig kost kan sarkopeni²³ motverkas.²⁴

Det har också kommit ökande evidens att fysisk aktivitet hos äldre även kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa (minskar depressiva symptom och ångest) och kan främja ett kognitivt hälsosamt åldrande, dvs. bevara minne och tankeförmåga när man blir äldre.²⁵

I en systematisk litteraturoversikt 2015 från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om behandling av depressionsjukdomar visade det sig att fysisk aktivitet inte hade någon säker effekt vid depression hos äldre personer. Men samtidigt påpekade SBU att det kan kopplas till att studierna var få.²⁶

I en nyligen publicerad studie från Folkhälsomyndigheten (2016) visade det sig dock att fysisk aktivitet har en gynnsam förebyggande verkan mot depression hos äldre personer. De aktiviteter som främst hade en effekt var aktiviteter som Qi gong och Tai Chi genom att dessa också påverkar den mentala balansen.²⁷

Utbudet av möjligheter att vara fysiskt aktiv och att träna sin styrka har ökat under 2000-talet. Pensionärsorganisationerna, idrottsföreningar och andra organisationer och föreningar samt företag ordnar anpassade aktiviteter för äldre personer. Det har då bl.a. handlat om att anpassa tider och utformningen av aktiviteterna på gym och motsvarande.

Särskild uppmärksamhet har på många håll riktats mot de som är fysiskt inaktiva. Fysisk aktivitet på recept och samarbete med organisationer och föreningar lokalt har varit en förhållandevis

²² Karp, Anita, Agahi, Neda, Lennartsson, Carin, Lagergren, Mårten och Wånell, Sven Erik. *Ett hälsosamt åldrande. Kunskapsöversikt över forskning 2005–2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2013:05.

²³ Kombination av muskelförlust och nedsatt muskelkraft.

²⁴ Cederholm, Tommy. Sarkopeni bäddar för skörhet/gerasteni hos den åldrade individen. *Svensk geriatrik* nr 4 (2015) 33–35.

²⁵ Lövdén, Martin, Xu, Weili och Wang, Hui-Xin. Lifestyle change and the prevention of cognitive decline and dementia: What is the evidence? *Curr Opin Psychiatry*. 2013, 26(3):239–4. Solomon Aili, Kivipelto, Miia och Soininen H. Prevention of Alzheimer's disease: moving backward through the lifespan. *J Alzheimers Dis*. 2013;33 Suppl 1:S456–9.

²⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU, 2015.

²⁷ Heinzl Stephan, Lawrence JB, Kallies G, Rapp M och Heissel A. Using exercise to fight depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2015;28(4):149–162.

framgångsrik modell²⁸, där primärvård, kommun och civilsamhället kan samarbeta.

Det är aldrig för sent att börja träna. Det går att behålla en hög livskvalitet även högt upp i åren. Det har en träningsgrupp i Nacka kommun med personer i åldern 90 plus visat. Den sociala samvaron i träningsgruppen tillsammans med träning gör även att äldre personers vardag påverkas positivt. Man bryter ensamheten – här står mötet med människan i centrum.²⁹ Resultatet av detta försök, som startade 2011, blev så positivt att i dag får alla som bor i Nacka kommun och som fyllt 90 år träna på gym gratis.³⁰

Maten och måltiden

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Livsmedelsverket i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra en treårig informations- och utbildningsinsats (4 miljoner kronor per år). I det arbetet bör även andra berörda parter ingå, som exempelvis Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vårdföretagarna, Famna, fackliga organisationer, yrkesföreningar och pensionärsorganisationer. I uppdraget bör ingå att ge förslag till fortsatt arbete för att vidmakthålla positiva resultat.

Min bedömning: Mat och dryck har en stor betydelse för hälsa och livskvalitet. Äldre personer löper av olika skäl en ökad risk för att drabbas av undernäring. Kommunerna har ett särskilt ansvar för äldre personer som har hjälp från äldreomsorgen med sin mathållning.

²⁸ Nilsson, Kent. *Nationell utvärdering av receptföreskriven fysisk aktivitet (FAR)*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010. *FYSS 2017. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB, 2016.

²⁹ www.1177.se/Stockholm/Tema/Senior/Livsstil/Traningsgrupp-90/ (hämtad 2017-01-10).

³⁰ <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=103&artikel=6604166> (hämtad 2017-01-10).

Matens betydelse för hälsa och välbefinnande

Mat och dryck har stor betydelse för livskvalitet och hälsa. Det är som jag redovisat i kapitel 7 under ett år cirka 200 000–250 000 äldre personer som dagligen får någon form av stöd i sin matsituation på särskilda boenden, via hemtjänsten i ordinärt boende och på dagverksamheter.³¹

Mat och dryck inrymmer olika kvaliteter. Det är en del av vardagens huvudaktiviteter där sociala relationer upprätthålls och skapas. Mat är också en del av en kulturell identitet som kan knytas till högtider och olika skeenden i livet.

Maten kan även ses som förebyggande åtgärd för att motverka sjukdom och stödja hälsa och funktioner, och även som en del av en behandling.

Ett inte ringa antal äldre personer som har vård och omsorg är undernärda eller i riskzonen för att bli undernärda. Det gäller såväl i särskilt boende som i ordinärt boende. Orsakerna till detta kan vara flera. Matens innehåll, när på dygnet den serveras, upplägg och måltidssituation, munhälsa, tarm- och blåsdysfunktion och läkemedel för att nämna några faktorer.

Mat är mer än en serviceinsats. Den är en självklar och viktig del i den äldre personens vardag, och kan vara en av dagens höjdpunkter, något att se fram emot. Helt naturligt är detta speciellt viktigt när matlust och aptit avtar.

Hur måltidssituationen utformas, och hur väl den tillgodoser den äldre personens näringsbehov, beror på många faktorer. Personalens uppmärksamhet på, och tid för, måltiden är ett exempel. Den äldre personen kan ha svårigheter att äta och svälja. Det är då viktigt med ett samarbete mellan dietist, arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, tandhygienist, tandläkare och läkare³², förutom den personal och anhöriga som finns nära den äldre personen.

En annan aspekt är ekonomin. Det är vanligare att låginkomsttagare har en låg konsumtion av frukt och grönt liksom av fisk och

³¹ Socialstyrelsen. *Näring för god vård och omsorg. En vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen rapport, 2011.

³² Albert Westergren. Verktøy som avslöjar dolda åttstörningar. *Tidningen Äldreomsorg* 6/2015 s. 25.

skaldjur.³³ Det finns dock ingen kunskap om detta beror på svag ekonomi eller på skillnader mer allmänt i livsstilsfaktorer mellan låg- och högutbildade.

Om hjälpen med mat inbegriper leverans av matlådor kan priset för en matlåda vida överstiga kostnaden om maten lagades i den äldre personens hem. Det finns inga uppgifter om, och i så fall hur, det påverkar den äldre personens kosthållning – om hen t.ex. väljer att dela på en matlåda på två dagar. Jag återkommer till denna problematik i kapitel 16, där jag föreslår att regeringen ska tillsätta en utredning som ser över konsekvenserna för äldre personer av nuvarande rättslig reglering av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda i ordinärt boende. I uppdraget föreslås även ingå att analysera vad kostnaden för mat som tillhandahålls av kommunen innebär för den äldre personens ekonomiska situation och möjligheten att ha råd med en bra mathållning.

Interventioner för att motverka undernäring

Undernäring är vanligt bland äldre personer. Förekomsten av risk för undernäring varierar beroende på screeningmetod och vilken population som studeras. Sverige saknar nationella data varför Storbritannien som studerat detta under många år används som exempel. Mer än 3 miljoner (motsvarande nästan 5 procent av Storbritanniens befolkning) anses vara i riskzonen för undernäring. Översatt till svenska förhållanden motsvarar detta närmare 500 000 invånare, varav 93 procent bor i ordinärt boende. Framför allt drabbas äldre personer och huvuddelen av kostnaden kan relateras till personer från 65 år och uppåt.³⁴

Risken för sjukdom, skador och funktionsnedsättningar ökar med stigande ålder och därmed ökar också risken för sjukdomsrelaterad undernäring. Undernäring är vanligt i samband med kronisk sjukdom och orsakas av minskat intag och/eller ökad om-

³³ Lennartsson, Carin, Agahi, Neda och Wänell, Sven Erik. *Äldre personers hälsa och livssituation. Läget i Stockholms län och utmaningar för det fortsatta hälsoarbetet*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2012:8.

³⁴ www.dietistaktuellt.com/sv/2014/01/tre-av-fyra-aldre-riskerar-svalt-kommunerna-saknar-kompetens/ (hämtad 2017-02-07).

sättning av energi och näringsämnen, på grund av nedsatt aptit och ökad vävnadsnedbrytning.

Livsmedelsverket fick 2014 ett uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen inventera studier och projekt som genomförts i landet om äldre personers måltidsmiljö för perioden 2006–2011. Livsmedelsverket konstaterade att satsningarna på kort sikt hade haft flera positiva effekter. Främst ökade kunskaper hos den personal som arbetar närmast de äldre personerna. Det hade dock varit ovanligt med utvärderingar och uppföljning av satsningarna, varför det inte gick att besvara om de gett bestående resultat. I sin rapport lyfte Livsmedelsverket fram några framgångsfaktorer; bland dem att det behövs en samsyn, kunskap och insikt att en måltid är mycket mer än maten på tallriken. Livsmedelsverket önskade en särskild satsning på måltiderna i ordinärt boende. ”Våga tänka nytt” uppmanade rapportförfattarna.³⁵

Livsmedelsverket föreslog att det i myndighetens instruktion skulle skrivas in att det ska ingå i grunduppdraget att ansvara för den nationella samordningen av offentliga måltidsfrågor.³⁶ Livsmedelsverket har också på uppdrag av regeringen tagit fram en vägledning till personal som arbetar med äldreomsorg.³⁷

Socialstyrelsen har i samarbete med Livsmedelsverket tagit fram en webbutbildning om samtal och råd om bra matvanor.³⁸

Socialstyrelsen har även tagit fram en vägledning³⁹, och gett ut föreskrifter och allmänna råd om förebyggande arbete och behandling vid undernäring⁴⁰.

Ett vanligt sätt att förebygga och behandla undernäring är att ge den äldre personen kosttillskott, innehållande energi och protein, som ett komplement till den vardagliga kosten. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har sammanställt forskning om

³⁵ Lilja, Karin, Stevén Inger och Sundberg, Eva. *Bättre måltider i äldreomsorgen – vad har gjorts och vad behöver göras*. Livsmedelsverket rapport 27 – 2014.

³⁶ Sundberg, Eva, Forsman, Lena, Lilja, Karin, Quensel, Anna Karin och Stevén, Inger. *Slutrapport för regeringsuppdraget att invätta ett nationellt kompetenscentrum för måltider i vård, skola och omsorg*. Uppsala: Livsmedelsverket rapport 3 – 2015.

³⁷ Livsmedelsverket, *Bra mat i äldreomsorgen*. Uppsala: Livsmedelsverket, 2011.

³⁸ Socialstyrelsen. *Guide till webbutbildningen Samtal och råd om bra matvanor. Förslag på hur webbutbildningen kan användas*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

³⁹ Socialstyrelsen. *Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

⁴⁰ Socialstyrelsen. *Förebyggande av och behandling vid undernäring*. SOSFS 2014:10 Föreskrifter och allmänna råd.

vilka effekter kosttillägg har för äldre personer (70 år eller äldre) som är undernärd eller som tillhör en grupp med ökad risk för undernäring. Det saknas enligt forskningsöversikten tillförlitliga resultat om nyttan och riskerna med kosttillägg för äldre personer som är undernärd. Det finns emellertid inget som talar för att man bör sluta med kosttillägg. Hanteringen av kosttillägg verkar variera mellan de olika landstingen och kommunerna. SBU menar att det därför vore önskvärt med en nationell översyn över användning och subventionering av kosttilläggen. I detta sammanhang är det möjligt att kvalitetsregistret Senior alert skulle kunna vara en viktig resurs.⁴¹

Social gemenskap

Min bedömning: Sociala aktiviteter är viktiga för äldre personers välbefinnande. Kommunernas samarbete med och stöd till det lokala civilsamhällets arbete, t.ex. pensionärsorganisationerna, träffpunkter, studiecirklar, väntjänst och andra aktiviteter som främjar social samvaro och gemenskap är värdefullt.

Varje person har ett behov av att finnas i ett socialt sammanhang. Att bli äldre innebär för många att man förlorar sin livspartner, och andra som stått hen nära. Det kan vara svårt när hälsa och krafter är ett hinder att etablera nya kontakter.

Många äldre personer deltar i olika former av verksamheter som träffpunkter, föreningsträffar och studiecirklar. Den här formen av verksamhet har en lång tradition och ordnas ofta av ideella föreningar och andra organisationer med och utan stöd av kommunen. Som jag återkommer till i kapitel 13 driver också många kommuner själva, eller i samarbete med organisationer och föreningar, öppna verksamheter som t.ex. dagcentraler eller träffpunkter. Då vanligen med inriktning på personer som på grund av försämrad hälsa och funktionsnedsättningar behöver mer anpassade aktiviteter.

⁴¹ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Kosttillägg för undernärd äldre. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU rapport 228, 2014.

Betydelsen av samverkan med ideella föreningar, organisationer och frivilligverksamheter har beskrivits i propositionen *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* enligt bland annat följande:

Organisationer som engagerar frivilliga spelar en betydelsefull roll för att motverka isolering och erbjuda social samvaro bland äldre människor. De erbjuder även information och kunskaper. I vissa fall erbjuder de även praktiska insatser som hjälp med avlösning till anhörigvårdare, m.m. Organisationerna skall inte ersätta den offentliga omsorgen men kan fungera som ett värdefullt komplement.⁴²

Bryta ensamhet

I en avhandling har Elin Taube studerat ensamhet hos sköra, hemma-boende äldre personer. De personer som kände sig ensamma hade betydligt fler hälsobesvär och sämre hälsostatus jämfört med de som inte kände sig ensamma. De personerna utnyttjade mer öppenvård än de som inte kände sig ensamma, vilket enligt Elin Taube kan indikera att de personer som känner sig ensamma kan sakna någon som kan hjälpa och stödja dem. Det kan medföra att primärvården blir den som hen söker sig till.⁴³

I intervjuer som var en del av hennes forskning framkom att det är svårt för den sköra äldre personen att bryta ensamheten, på grund av olika ”barriärer”, såväl fysiska som psykologiska och sociala. De fysiska var främst nedsatt hälsa och funktionsförmåga – hen kan inte längre göra något spontant eftersom hen behöver hjälp av andra för att komma någonstans. De psykologiska beskrevs av de intervjuade som att hen är rädd, t.ex. rädd för att gå ut, rädd för att falla, och en brist på tilltro att det kan bli bättre. Nedstämdhet är vanligt bland dem som beskriver att de upplever sig vara ensamma. De sociala hindren kan vara att hen förlorat sin partner eller andra viktiga anhöriga och vänner. Hen har ingen kvar att dela sin vardag med och som kan stödja en att ta nya kontakter.⁴⁴

⁴² Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*. s. 94.

⁴³ Taube, Elin. *Loneliness: An essential aspect of the wellbeing of older people*. Diss. Lunds universitet, (2015).

⁴⁴ Taube, Elin. *Loneliness: An essential aspect of the wellbeing of older people*. Diss. Lunds universitet, (2015).

Att ha ett socialt nätverk kan vara en skyddsfaktor mot ensamhet, och är hälsofrämjande. Personer 65–84 år har lägre socialt deltagande än yngre (28 procent av kvinnorna och 33 procent av männen 65–84 år, att jämföra med 13 resp. 16 procent i åldersgruppen 45–64 år, rapporterade lågt deltagande i olika aktiviteter).⁴⁵ Detta kan sannolikt delvis förklaras av en brist på aktiviteter anpassade för äldre personer som börjar få svårt att själva ta sig till olika aktiviteter.

Det saknas säker kunskap om hur ensamhetskänslor kan brytas.⁴⁶ En del går ändå att slå fast. Till exempel behöver någon vara ansvarig oavsett om det handlar om en träffpunkt där man kan fika, en gemensam kulturaktivitet eller promenader, och den personen (oavsett om det är en personal eller volontär) måste ha rätt utbildning och stöd omkring sig. Dessutom kan det vara bra om åtgärden är riktad, så att en insats vänder sig till exempelvis änklingar/änkor.⁴⁷ Gruppaktiviteter har visat sig reducera ensamhet i högre utsträckning än insatser riktade mot en enskild individ.⁴⁸ I ett pågående forskningsprojekt, @geing Online, utreds samband mellan tillgång till internet och äldre personers (60+) livssituation och välbefinnande, och hur internet kan användas som en del i att främja ett gott åldrande. Några resultat så här långt från denna studie är att internet kan underlätta att upprätthålla relationer med familj och vänner, ge meningsfulla aktiviteter och förstärka den äldres självkänsla och självständighet.⁴⁹

⁴⁵ Folkhälsomyndigheten. *Hälsa på lika villkor? En undersökning om hälsa och livsvillkor I Sverige 2016* Frågan lyder: "Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna" 12 alternativ anges.

⁴⁶ Förekomst av upplevelse av ensamhet belyses i kapitel 7.

⁴⁷ Lund, Annika. *Ensamhet – ett hot mot vår hälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet, *Medicinsk Vetenskap nummer 1*, 2015.

⁴⁸ Cedersund, Elisabet och Ågren, Axel. *Äldre människor i ensamhet och gemenskap*. Abramsson, Marianne. (red.), Hydén, Lars-Christer (red.), & Motel-Klingebiel, Andreas (red.). *Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige*. (2017). Linköpings universitet. Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Rapport-Vem-är-den-äldre_Webb.pdf (hämtad 2017-03-13).

⁴⁹ www.inkluderaflera.fi/ny_start/forskning2/article-88039-33862-forskingsprojektet-geing-online (hämtad 2017-01-15).

Ej biståndsbeslutade insatser från kommunerna

Socialstyrelsen genomförde våren 2011 en enkätundersökning om ej biståndsbeslutade insatser i kommunal äldre- och handikappomsorg. Av de 205 kommuner som besvarade enkäten svarade drygt 87 procent att de erbjöd allmänt inriktade insatser till äldre personer. I mycket stor utsträckning avser de allmänt inriktade insatserna träffpunkter. Vid dessa erbjuds social samvaro och sysselsättning/aktiviteter i form av t.ex. underhållning, bingo, kulturaktiviteter, studiecirklar, hobbyverksamhet, gymnastik, massage och ”relax”, utflykter och föredrag m.m. Ofta finns ett café vid träffpunkten och ibland även lunchservering.⁵⁰

Mötesplatser och aktiviteter av olika slag ordnas i stor omfattning av t.ex. pensionärsorganisationer och trossamfund. Även andra aktörer har en omfattande verksamhet, som Röda Korset och mer lokala föreningar som har olika former av väntjänst med inriktning mot gemenskap. Civilsamhällets roll för att ge tillfälle att vara delaktig, få engagera sig och få möta andra är omistlig. Flertalet kommuner samverkar med civilsamhället, och stödjer med lokaler och ekonomiskt stöd. Jag ser det som väl motiverat och som en viktig del av kommunernas hälsofrämjande arbete.

Delaktighet

Delaktighet och självbestämmande, att få känna sig behövd, finnas i ett sammanhang är centrala delar i välbefinnandet. De flesta människor vill och har behov av att få betyda något för andra och ta del av samhället på samma villkor och med samma ansvar som alla andra.

Äldre personer i dag upplever inte alltid att hen efterfrågas och räknas med, vilket är både en personlig och samhällelig förlust. Organisationer och det civila samhället gör mycket för att förändra detta.

Vi måste värna om ett samhälle som räknar med och inkluderar alla sina medborgare oavsett ålder, kön, sexuell läggning, etnicitet, klass, språktillhörighet, nationella minoriteter, sexuell identitet eller

⁵⁰ Socialstyrelsen. *Ej biståndsbeslutade insatser i kommunal äldre- och handikappomsorg – resultat från en enkätundersökning 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

könsuttryck. Ett inkluderande samhälle bidrar till förbättrad hälsa och är i dess förlängning även samhällsekonomiskt fördelaktigt.

Hälsofrämjande insatser som också bidrar till egenmakt, empowerment, ger fördubblad utdelning. Ett sådant exempel är ”Passion för livet”. Passion för livet är ett program som utvecklats av Qulturum, Region Jönköpings län. Det startade som ett samverkansprojekt mellan Qulturum i Jönköping, Region Jönköpings län, organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och pensionärsorganisationerna PRO och SPF Seniorerna i Jönköping och Göteborg.

Programmet innebär att äldre personer träffas sex till tio gånger (”livskaféer”) under ledning av en utbildad handledare. Utgångspunkten är att seniorerna själva besitter kunskaperna och de delar med sig av sina tankar och erfarenheter kring olika områden i livet. Arbetssättet är upplagt så att deltagarna får inspiration att prova förändringar i sin vardag, följa upp resultatet, reflektera över vad som gjorts och hur det gått. Utifrån det dras lärdomar för att öka förståelsen för hur man genomför bestående livsstilsförändringar.⁵¹

Förebyggande hälsosamtal och uppsökande verksamhet

Min bedömning: Förebyggande hembesök kan vara en bra form för kommunernas uppsökande verksamhet, bl.a. för att nå äldre personer som t.ex. inte själva aktivt söker information eller det utbud av friskvårdsaktiviteter och sociala aktiviteter som finns. Metoden är dock kostnadskrävande om den ska genomföras med ett par årliga hembesök. Seniorträffar och andra former kan ha liknande effekt med en mindre resursinsats. Det finns behov av mer forskning om bra former för kommunernas uppsökande arbete.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ett ansvar för uppsökande verksamhet (3 kap. 1 § SoL). Landstingens ansvar följer av hälso- och sjukvårdslagen (2 c § HSL)⁵². Vad gäller

⁵¹ <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=32187> (hämtad 2017-01-07).

⁵² Riksdagen beslutade den 1 februari 2017 i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). De paragrafer som hänvisas till i detta kapitel finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är det särskilt angeläget att nå de grupper som inte själva aktivt söker information, och som inte redan är fysiskt och socialt aktiva.⁵³

Förebyggande hembesök har prövats i olika försök i Sverige, med inspiration från bl.a. Danmark. Danmark har lagstiftat om att personer 75 år och äldre ska ha rätt till två förebyggande hembesök om året, av medicinskt eller socialt utbildad personal. Lagen trädde i kraft 1996 och omfattade i ett första steg personer 80 år och äldre. Den utvidgades år 1998 så att den kom att omfatta personer 75 år och äldre. Den 1 januari 2016 ändrades lagstiftningen om förebyggande hembesök i Danmark. Åldersgränsen för när kommunen ska erbjuda minst ett årligt hembesök höjdes från 75 år till 80 år. En orsak till förändringen är den ökade medellivslängden för äldre i Danmark. En ny bestämmelse införs i lagen som innebär att personer i åldern 65–79 år med särskild risk för att få nedsatt social, psykisk och fysisk funktionsförmåga ska erbjudas hembesök vid behov. Som exempel på målgrupp för dessa hembesök nämns personer som bor kvar i sitt hem när make/partner flyttar till särskilt boende för äldre eller make/partner vid dödsfall.⁵⁴

Under 2000-talet har flera stora internationella översiktsstudier publicerats där studier kring effekterna av förebyggande hembesök för äldre sammanställts.

En metaanalys av åtta studier som mätte dödlighet visade att förebyggande hembesök kunde minska dödligheten bland de äldre (i hälften av studierna var de äldre 75+ och i de övriga 65+). Hembesöken minskade även intagning till institutionsvård. Däremot kunde man inte finna någon signifikant minskning av sjukhusinläggning, ohälsa eller funktionsnedsättning.⁵⁵

En annan metaanalys som undersökte 18 studier fann att förebyggande hembesök för personer som var 65 eller äldre hade effekt på intagning till ålderdomshem under förutsättning att flera

⁵³ Se t.ex. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapport 2016:4.

⁵⁴ Hjemmehjælpskommissionen. *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammanhængende indsats. Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen*. Köpenhamn: Social- och integrationsministeriet, 2013.

⁵⁵ Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2001;323(7315):719-25. Review.

hembesök (4 eller fler) utfördes. Dödligheten minskades i de yngre åldersgrupperna men inte bland dem som var över 80 år.⁵⁶

I en systematisk kunskapsöversikt från 2008 framkommer att man kan se en något lägre dödlighet, något bättre bevarad vardaglig funktionsförmåga och viss minskad risk för att läggas in på vårdhem än bland äldre som inte fått hembesök. Effekterna är dock små och inte statistiskt säkerställda. Studier där hembesöken inkluderat en fysisk undersökning (t. ex blodtrycksmätning och laborietest) visar dock på en bättre bibehållen vardaglig funktionsförmåga hos de äldre.⁵⁷

I Sverige genomfördes 21 försök med förebyggande hembesök under åren 1999–2001.⁵⁸ Enbart en av dessa följdes vetenskapligt, i Nordmaling. Från Nordmaling rapporteras att förebyggande hembesök (2 besök/år under 2 år) utförda på ett strukturerat sätt bland hemmaboende friska äldre (75 år), haft flera positiva effekter, som att färre upplever smärta, färre besöker läkare och sjukhus, och även en ökad livslängd bland dem som erhöll hembesök jämfört med en kontrollgrupp. Den bedömning forskargruppen gjorde var att kostnaden för att öka den äldres levnadslängd hade varit förhållandevis låg, varför de förebyggande hembesöken bedömdes som samhällsekonomiskt lönsamt. Det fanns även tendenser till att vissa grupper ”vann” mer på besöken, nämligen kvinnor och personer som levde ensamma. När interventionen med förebyggande hembesök avslutades, upphörde effekten på dödligheten.⁵⁹

Sammanfattningsvis rapporterar alltså flera studier att livslängden ökar bland dem som fått hembesök. De positiva överlevnadseffekterna gäller i synnerhet de ”yngre-äldre” och under förutsättning att interventionen inkluderar flera uppföljande besök, och det finns resultat som tyder på att effekten försvinner när interven-

⁵⁶ Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022-8. Review.

⁵⁷ Huss A, m fl. Multidimensional preventive home visit programs for community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology*, 2008;63 A (3):298–307, citerad efter Socialstyrelsen, sammanfattning av systematiska översikter – Förebyggande hembesök för äldre, 2014-07-16.

⁵⁸ Socialstyrelsen. *Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.

⁵⁹ Sahlén KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006;31;6:220.

tionen avslutas. Även ökat kvarboende i det egna hemmet har rapporterats. Det kan tilläggas att endast några enstaka studier har undersökt psykisk hälsa, livskvalitet, välbefinnande och därför inkluderas inte dessa i översiktsstudierna. Inte heller har processen i mötet mellan besökaren och den äldre belysts särskilt ofta.

Omständigheter som kan bidra till att förebyggande hembesök ger resultat är att den enskilde tas på allvar och görs delaktig i beslut, att han/hon får trygghet av att känna "systemet", att den enskilde kan få bättre möjligheter att utnyttja egna resurser och stödåtgärder, att få större möjlighet att handla ändamålsenligt, hälsofrämjande och läkande vid sjukdom.⁶⁰

I en avhandling från 2014⁶¹ utvärderade Lina Behm två hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande interventioner som riktar sig till personer som är 80 år eller äldre och som klarade sitt liv självständigt. En grupp fick ett förebyggande hembesök av en sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut eller socialarbetare från kommunen.

Den andra gruppen deltog i fyra seniorträffar med syftet att diskutera och informera om åldrandet och dess konsekvenser för det dagliga livet samt verktyg och strategier för att lösa problem som kan uppstå i hemmiljön. Mötena hölls av en sjuksköterska, en sjukgymnast, en arbetsterapeut och en socialarbetare som var ansvariga för ett möte var. Träffarna var av personcentrerad karaktär, vilket innebar att deltagarnas behov styrde innehållet i varje träff samt att de byggde på en diskussion där deltagarna var experterna och de olika professionerna fungerade som handledare.

Den tredje gruppen var en kontrollgrupp som fick sedvanlig information om tillgängliga resurser i kommunen.

Utvärderingen följde 459 deltagare som var 80 år eller äldre, bodde i ordinarie boende och klarade sitt dagliga liv själva och som inte hade några kognitiva svårigheter. Uppföljningen gjordes upp till två år efter att interventionerna hade avslutats.

Studierna i avhandlingen visar att det är möjligt att skjuta upp en försämring i hälsa hos personer 80 år och äldre under två år efter interventionen. Både de förebyggande hembesöken och seniorträffarna motiverade deltagarna att engagera sig i ett hälsofrämjande

⁶⁰ Hendriksen Carsten och Vass Mikkel: Förebyggande hembesök hos äldre människormöjligheter och erfarenheter. *Nordisk Geriatrik* 2004;2: 48–53.

⁶¹ Behm, Lina. *It is never too late. Health-promotion and disease-prevention for very old persons*. Diss., Göteborgs universitet, 2014.

beteenden. De bidragande orsakerna var den holistiska informationen som förmedlades med hjälp av de olika professionerna och genom gruppinteraktion, att deltagarna stärktes i sin roll som äldre personer, att någon brydde sig om äldre personers hälsa och det faktum att insatserna fokuserade på individuella behov. Seniorträffarna var enligt denna studie den mest fördelaktiga insatsen, vilket kan bero på den stödjande miljön som gav deltagarna förebilder, någon att dela problemen med och att deltagarna lärde sig av varandra.⁶²

9.3 Förebygga risker

Psykisk ohälsa och depression

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett Nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa. Erfarenheter kan hämtas från de båda nationella kompetenscentrumen Nationellt kompetenscentrum anhöriga i Kalmar och Svenskt Demenscentrum i Stockholm.

Mina bedömningar: Äldres psykiska hälsa och ohälsa, inkluderat substansberoende, har generellt varit ett eftersatt område om än att en del har gjorts de senaste två åren. Det som saknas är en samlande kraft för forskning, utveckling och utbildning motsvarande vad som i dag finns kring demenssjukdom. Det arbete som gjorts inom satsningen "mest sjuka äldre" och fortfarande görs inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) kring psykisk hälsa behöver förvaltas långsiktigt.

Jag ser också det arbete som Folkhälsomyndigheten ska påbörja tillsammans med Socialstyrelsen att ta fram ett kunskapsstöd om breda händelseanalyser avseende självmord som omfattar alla åldrar som angeläget.

⁶² Behm, Lina. *It is never too late. Health-promotion and disease-prevention for very old persons*. Diss., Göteborgs universitet, 2014.

Som jag redovisat i kapitel 7 är psykisk ohälsa, och då i synnerhet depression, vanlig bland äldre personer. Psykisk ohälsa kan förebyggas och psykisk hälsa stärkas. I en systematisk översikt och effektutvärdering jämfördes olika psykosociala interventioner för att stärka psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer. Interventionerna som var föremål för studier var bland annat fysisk träning, övningar i färdighet och bemästring, reminiscens eller relaterade minnesövningar, sociala aktiviteter och stödgrupper. Även interventioner med kombinerat innehåll ingick.⁶³

Översikten visade att interventionerna påverkade den psykiska hälsan gynnsamt och bidrog till att förebygga depression. Det gemensamt kännetecknande för att de skulle vara lyckosamma var att de hade en lång varaktighet över tid.⁶⁴

Frågan om fysisk aktivitet och dess koppling till depression och psykisk hälsa hos äldre personer som jag redovisat ovan visar enligt min mening hur betydelsefullt en ökad forskning är.

I Sverige har försök med bl.a. användning av reminiscensterapi genomförts i Grundsunda i Västernorrlands län med en annan socken som kontrollgrupp. En större screening för depression genomfördes och de som befann sig i riskzonen för att utveckla en depression erbjöds att delta i en reminiscensgrupp. Utfallet blev positivt och risken för att utveckla depression minskade. Effekten kvarstod till viss del efter ett år.⁶⁵

År 2016 tog Folkhälsomyndigheten tillsammans med Socialstyrelsen fram ett kunskapsstöd om att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser. De båda myndigheterna avser att fortsätta detta arbete med händelseanalyser som omfattar alla åldrar.

För att främja kunskapsspridning om äldre och psykisk hälsa föreslår jag inrättandet av ett Nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa. Goda erfarenheter kan hämtas från uppbyggnaden av och arbetet hos Nationellt kompetenscentrum anhöriga i Kalmar och Svenskt Demenscentrum i Stockholm.

⁶³ Forsman, Anna. Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa. I Rolfner Suvanto, Susanne, (red.) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. Stockholm: Gothia förlag, 2014.

⁶⁴ Forsman, Anna. Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa. I Rolfner Suvanto, Susanne, (red.) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa*. Stockholm: Gothia förlag, 2014.

⁶⁵ Nygren, Åke, Åsberg, Marie, Peterson, Ulla, Djukanović, Häggström, Yvonne, Besér, Anniella och Sorjonen, Kimmo. *Hälsa och livskvalitet hos pensionärer (HÄLP). Slutrapport*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2014.

Förebygga självmord

Självmord kan betraktas som den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa, oavsett ålder och kön. I de flesta västerländska länder är andelen personer som tar sitt liv störst bland äldre män. Så är det i Sverige och har så varit under minst 20 år. Äldre kvinnor och män har en förhöjd risk för att drabbas av depression på grund av biologiska, sociala och psykologiska orsaker. Depression finns vid sex av tio självmord bland äldre män och kvinnor och få av de som tar sitt liv har en bra psykisk hälsa vid självmordstillfället.⁶⁶

Riskfaktorer bakom självmord bland äldre personer är, förutom depression, bland annat alkohol, ensamhet, fysisk sjukdom, problem i familjen/relationer och tidigare självmord i familjen.⁶⁷

Självmord kan förebyggas. Mot bakgrund av att de allra flesta självmord bland äldre personer handlar om psykisk ohälsa och andra faktorer som är påverkbara så är en nollvision på lång sikt inte utopisk. Utgångspunkten bör vara att ingen ska behöva vara i en sådan situation att den enda utvägen är att ta sitt liv. Jag anser att det är anmärkningsvärt att så få studier genomförts när det gäller självmord bland äldre personer, över 60 år, mot bakgrund av att andelen självmord är störst hos äldre personer, framför allt män. I en kartläggning Folkhälsomyndigheten genomförde 2015 framkom att färre än var fjärde kommun deltog i ett arbete med uttalat mål att förebygga suicid, oberoende av ålder.⁶⁸

Vid Göteborgs universitet startar 2017 ett forskningsprogram om självmord för äldre. I en intervju i Sveriges radio förklarar professor Margda Waern att ”det saknas kunskap om varför äldre begår självmord, trots att de har en högre risk än yngre.”⁶⁹ Inom forskningsprojektet ska Margda Waern och hennes kollegor studera olika faktorer i människors liv som bidrar till utveckling av depression och självmordsbeteende i hög ålder, de ska identifiera processer i hjärnan, som nedsatt kognitiv funktion och hjärnmarkörer som är kopplade

⁶⁶ Nilsson, Jonas. Farlig förbindelse – om depression och suicid bland äldre. *Äldre i Centrum* 4/2014, intervju med Margda Waern.

⁶⁷ Nilsson, Jonas. Farlig förbindelse – om depression och suicid bland äldre. *Äldre i Centrum* 4/2014, intervju med Margda Waern.

⁶⁸ www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/forebyggande-arbete/kartlaggning/ (hämtad 2016-09-30).

⁶⁹ <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=96&artikel=6604723> (hämtad 2017-01-10).

till depression och självmordsbeteende, samt genomföra en studie med patienter som ska undersöka om skattningsskalor kan förbättra vården av äldre personer som gjort självmordsförsök.⁷⁰

Första hjälpen till psykisk hälsa äldre

I den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” ingick ett delprojekt för att ta fram ett material riktat till äldreomsorgens personal om hur man kan upptäcka psykisk ohälsa hos kvinnor och män samt våga ställa frågor om självmordstankar. Materialet som togs fram är en bearbetning av det Australiensiska programmet Mental Health First Aid (MHFA).

Instruktörer har utbildats och finns i de flesta län i Sverige (18 av 21). Projektet har utvärderats av Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (Cepi) vid Lunds universitet. Utvärderingen visade goda resultat avseende ökad kunskap, förändrade attityder, ökad förmåga att ta kontakt och förändrat handlingsbeteende hos de som utbildats till ”Första hjälpare”.⁷¹

Vid projektets avslut december 2014 hade cirka 3 000 Första hjälpare utbildats och enligt uppgifter från instruktörerna i Första hjälpen till psykisk hälsa äldre fortsätter arbetet.⁷²

Förebygga fallskador

Min bedömning: Kommunerna bedriver sedan många decennier ett fallskadeförebyggande arbete. Det är angeläget att detta arbete får stöd nationellt för att kunna utvecklas och för att säkerställa att ny kunskap blir känd. Detta kan exempelvis ske genom det uppdrag Socialstyrelsen har att ta fram och genomföra en utbildningsinsats för att förebygga fallolyckor. Denna satsning behöver vara långsiktig.

⁷⁰ www.akademiliv.se/2016/10/36152/ (hämtad 2017-01-15).

⁷¹ Svensson, Bengt och Hansson, Lars. *Utvärdering av «första hjälpen till psykisk hälsa med inriktningen äldre personer». En före- och efterstudie*. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), Medicinska fakulteten, Lunds universitet, 2014.

⁷² Rolfner Suvanto, Susanne. Slutrapport till SKL, 2014. (opublicerad)

Personer som är 65 år och äldre är överrepresenterade i olycksfalls- och skadestatistiken. Fallolyckor för personer 65 år och äldre leder till exempel till fler dödsfall, större antal sjukhusinläggningar och fler besök på akutmottagningar än någon annan typ av olyckor för den åldersgruppen.

Fallrisken ökar med åldern, på grund av svagare muskler, sämre balans, sjukdomar samt syn- och hörselnedsättning. Andra riskfaktorer är läkemedelsanvändning och låg kroppsvikt till följd av undernäring.⁷³

Av de äldre personer som drabbas av fallolyckor är två tredjedelar kvinnor. Det är fler kvinnor än män som får söka sjukhusvård efter fall, men fler män som avlider på grund av fallolyckor.

Av de som råkat ut för en fallolycka rapporterade 44 procent av kvinnorna och 26 procent av männen i en svensk studie kvarstående smärta.⁷⁴

En fallolycka för en äldre person kan innebära att hen från att tidigare ha klarat sig själv i det egna hemmet, behöver eller blir beroende av hjälp från anhöriga eller personal i hemtjänsten. I vissa fall kan det nya behovet av vård och omsorg leda till att den äldre personen behöver flytta till ett särskilt boende för äldre.

Fall kan förebyggas. Fysisk aktivitet ger bättre muskelstyrka. Regelbunden balans- och styrketräning ger effekt. Översyn av vilka läkemedel den äldre personen har kan underlätta att undvika läkemedel som ökar fallrisken är ett annat exempel. God snöröjning och halkbekämpning är ett annat exempel.

Det finns ett stort antal studier som rör fallförebyggande insatser. En systematisk översikt från Cochrane Collaboration visar att det finns fallförebyggande insatser som är effektiva. Rapporten bygger på 159 randomiserade studier som undersökt effekterna av olika fallförebyggande insatser. Studierna är publicerade mellan 1990 och 2011, och har sammanlagt 79 000 deltagare, varav 70 procent är kvinnor. Deltagarna är 60 år och äldre och bor i det egna hemmet eller i boenden utan vårdande eller rehabiliterande insatser. Översikten

⁷³ Welmer Anna-Karin, Rizzuto Debora, Laukka Erika, Johnell, Kristina och Fratiglioni Laura. Cognitive and Physical Function in Relation to the Risk of Injurious Falls in Older Adults: A Population-Based Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016 Jul 22. pii: glw141.

⁷⁴ Welmer Anna-Karin, Rizzuto Debora, Calderón-Larrañaga Amaia och Johnell Kristina. Sex Differences in the Association Between Pain and Injurious Falls in Older Adults: A Population-Based Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology* 2017 (In press).

studerar i första hand insatsernas effekt på antalet fall bland deltagarna och på risken att falla (om man fallit alls under uppföljningstiden).⁷⁵

Resultaten visar att fysisk träning är effektivt för att förebygga fall hos äldre personer. Motionsprogram som förbättrar minst två av följande komponenter – styrka, balans, flexibilitet och uthållighet – är effektiva för att förebygga fall. Resultatet gäller både motion som genomförs i grupp och individuellt genomförd motion i hemmet. Generellt är gruppbaserad motion effektiv, både för äldre personer som har en förhöjd fallrisk och för dem som inte har det.

Åtgärder (exempelvis gångstöd, hörapparat och glasögon) för att minska risken i hemmiljön efter en bedömning förebygger fall bland äldre generellt, och särskilt bland äldre med ökad fallrisk. Man ser inga fallförebyggande effekter där man utbildat äldre om fallprevention (utbildningsmaterial och 1–2 sessioner).⁷⁶

I en interventionsstudie med en utbildning om 12 träffar på ett urval om nio vårdcentraler kunde forskarna dock påvisa en tydligt minskad risk för fall för de som deltog i träffarna.⁷⁷

Förebyggande insatser torde vara kostnadseffektiva mot bakgrund såväl av det lidande det kan innebära för individen som de samhällsliga kostnaderna. Samhällets kostnader som beror på fallolyckor bland äldre har i en studie från dåvarande Statens Folkhälsoinstitut skattats till cirka fem miljarder kronor.⁷⁸ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har bedömt att de direkta kostnaderna uppgår till cirka 12,6 miljarder kronor. Mer än 60 procent av de som skadats vid ett fall är 65 år eller äldre. Den största kostnadsposten är vård i hemmet.⁷⁹ MSB har beräknat att samhällets kostnader för att förebygga fallolyckor, exklusive vinterväghållning på gång- och cykel-

⁷⁵ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/gillispie-fallforebyggande-aldre-effekter.pdf (hämtad 2016-01-03).

⁷⁶ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/gillispie-fallforebyggande-aldre-effekter.pdf (hämtad 2016-01-03).

⁷⁷ Johansson, Erika. *Active lifestyle all your life – a multifactorial group-based fallsprevention programme*. Diss., Karolinska institutet, 2015.

⁷⁸ Gyllensvärd, Harald. *Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2009.

⁷⁹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. *Samhällets kostnader för fallolyckor*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2010.

vägar, kan skattas till cirka 3 miljarder kronor (2010 års penningvärde), varav cirka hälften avser personer 65 år och äldre.⁸⁰

Värdet av det fallskadeförebyggande arbetet har varit väl känt länge. Ett tidigt exempel i Sverige är Skaraborg där landstinget och kommunerna sedan mitten av 1970-talet bedrev ett interventionsarbete, främst inriktat på miljöfaktorer. Incidensen, dvs. risken att drabbas av höftfraktur, minskade under perioden 1987–1992 med i genomsnitt 6 procent per år för kvinnor, och med drygt 5 procent för män. I Sverige som helhet ökade trenden under motsvarande tid.⁸¹

Eftersom orsakerna till och effekterna av ett fall skiljer sig åt mellan t.ex. mer aktiva och friska äldre personer och äldre personer som har sämre fysik, hälsa och ofta benskörhet så krävs individuellt utprovade strategier för att förhindra fallskador. Fallpreventiva åtgärder såsom balans- och styrketräning är utmärkta för den aktiva friska äldre populationen, medan det för sköra äldre, boende exempelvis på äldreboenden, krävs mer passiva strategier. Stötabsoberande golv är ett exempel.⁸²

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har haft regeringens uppdrag att ta fram kunskapsstöd för att förebygga fallskador bland äldre personer.⁸³ Regeringen gav i december 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram webbaserad utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg avseende alla åldrar. Det andra deluppdraget är att genomföra en utbildningssatsning riktad till äldre personer om hur de själva ska kunna skydda sig mot fallolyckor. Det arbetet ska ske i nära samarbete med organisationer inom äldreområdet, och utformas efter samråd med MSB. Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och SPF Seniorerna har hösten 2016 beviljats medel för att delta i detta arbete. Det första uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2019 och det andra den 1 mars 2017.⁸⁴

⁸⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. *Samhällets kostnader för att förebygga fallolyckor*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2012.

⁸¹ Hökby, Anita. *Skador bland äldre. Delrapport 15 Äldres hälsa och välbefinnande*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2000:19.

⁸² Gustavsson, Johanna och Nilson, Finn. *Fallskador bland äldre – steg för steg. I Person-säkerhet. Teori och praktik*, Andersson, Ragnar och Nilson, Per (red.). Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2015.

⁸³ Se t.ex. *Balansera rätt – faktaunderlag om fall och fallrelaterade skador bland äldre personer*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 2011.

⁸⁴ Socialdepartementet. *Uppdrag att ta fram och genomföra en utbildningsinsats för att förebygga fallolyckor*. Regeringsbeslut 2015-12-03, S 2015/0779/FST (delvis).

Denna satsning måste enligt min bedömning vara långsiktig. Behovet av utbildningsstöd finns även efter det att uppdraget är slutrapporterat.

Förebygga risk för brand

Det inträffar i genomsnitt 100–110 dödsbränder per år i Sverige och cirka 90 procent av dem inträffar i bostäder. Personer i åldersgruppen 65 år och äldre är överrepresenterade i dödsbränder och det är vanligt att de omkomna har någon form av funktionsnedsättning.⁸⁵

Målet att äldre människor ska kunna bo i sin bostad så länge som möjligt och där få den vård och omsorg som hen behöver innebär nya förutsättningar för brandskyddet. Det brandskydd som bygglagstiftningen ställer krav på utgår från att den boende själv kan agera och sätta sig i säkerhet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) konstaterar att när individen inte har förmåga att skydda sig mot brand behöver samhället hjälpa till. Brandskyddet i bostaden behöver anpassas till individens behov.

MSB publicerade 2013 vägledningen ”Brandsäker bostad för alla: vägledning för individanpassat brandskydd”. Vägledningen är tänkt som ett stöd för kommuner och andra aktörer att hitta ett arbetssätt för att individanpassa brandskyddet. I den ges exempel på olika arbetsmetoder och förutsättningar att ta hänsyn till för att underlätta planering, genomförande och uppföljning.⁸⁶

Karlstads universitet har genomfört en nationell kartläggning av individanpassat brandskyddsarbete i Sverige. Syftet med kartläggningen är att få mer kunskap om hur Sveriges kommuner arbetar med brandsskadeförebyggande insatser. Studien visade att hälften av landets kommuner arbetade med ett individanpassat brandskydd. Räddningstjänst, vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning samt socialtjänstens individ- och familjeomsorg är huvudaktörerna inom kommunen.⁸⁷

⁸⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. *Brandsäker bostad för alla. Vägledning för individanpassat brandskydd*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2013.

⁸⁶ MFB. *Brandsäker bostad för alla. Vägledning för individanpassat brandskydd*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2013.

⁸⁷ www.msb.se/sv/Om-MSB/Nyheter-och-press/Nyheter/Nyheter---Brandskydd/Kommunens-stod-till-aldre-med-brandskydd-kartlagt/ (hämtad 2017-01-09).

Munhälsa

Min bedömning: Det förebyggande munhälsoarbetet är viktigt särskilt för äldre personer med bristande hälsa och funktionsnedsättningar. Det är angeläget att omvårdnadspersonalen deltar i den förebyggande tandvården och att alla i målgruppen i ordinärt boende nås av erbjudandet om uppsökande och förebyggande tandvård.

Att bli gammal och sjuk innebär påtagliga risker för en försämrad munhälsa. Depression, Parkinsons sjukdom, demenssjukdomar och effekter av en stroke är sjukdomar som samvarierar med en försämrad munhälsa, och medför ökande krav på att den äldre personen får adekvat stöd från andra.⁸⁸

Många upplever munnen som en intim del av kroppen. Det krävs kunskap hos undersköterskan som ska hjälpa och en väl fungerande förebyggande tandvård. Ett handlingsprogram har tagits fram av Sveriges Tandläkarförbund i samarbete med Akademikerförbundet SSR, Dietisternas Riksförbund, Svensk sjuksköterskeförening samt Sveriges Tandhygienistförening. Handlingsprogrammet vill ”inspirera till en bättre samverkan för de sköra äldres munhälsa, där munhälsan blir ett naturligt ansvar för alla professioner som möter den äldre”.⁸⁹

I Västra Götalandsregionen har Folktandvården anställt en dietist som ska samarbeta med tandvårdspersonalen med inriktning mot svårt sjuka och äldre personer. I en intervju berättar dietisten att ”Svårt sjuka och äldre rekommenderas till exempel ofta av dietister att äta mindre portioner oftare under dagen – något som går tvärtemot vad tandvården rekommenderar. Det är en svår balansgång och det krävs bra samarbete för att ge bästa möjliga råd,

⁸⁸ Nordenram, Gunilla. Det kommer en dag då vi alla biter försiktigt i brödet. i Thorslund, Mats och Wånell, Sven Erik (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur, 2006.

⁸⁹ Sveriges Tandläkarförbund. *Munnen är allas ansvar! Ett handlingsprogram för sköra äldres munhälsa*. Stockholm: Sveriges Tandläkarförbund, 2016.

både till patienter och personal inom vård och omsorg.⁹⁰ Det finns också tandhygienister anställda av kommuner.⁹¹

Sedan 1999 har landstingen ansvar för att personer som bor i ett särskilt boende för äldre, personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjuds en avgiftsfri munhälsobedömning. Undersköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och tandhygienister har överlag ett engagemang för och en positiv syn på tandvårdens uppsökande verksamhet.⁹² Statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar dock på att det är en betydande andel av de personer som är berättigade till uppsökande verksamhet som inte erbjuds denna.⁹³ Detta stöds av en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (i det följande benämnd Vårdanalys). Endast en liten andel äldre personer som uppskattas vara berättigade tog del av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning år 2013 och 2014 (cirka 20 respektive 30 procent av de som uppskattas vara berättigade). Det är särskilt svårt att nå äldre som bor kvar hemma konstaterar Vårdanalys i sin rapport.⁹⁴

Om omvårdnadspersonalen deltar i munhälsobedömningen ger det bland annat tillfälle för individuellt anpassade instruktioner och råd om munvård. En undersökning från Centrum för äldres tandvård visade dock att endast hälften av omvårdnadspersonalen deltagit vid en sådan bedömning.⁹⁵

Socialstyrelsen har genomfört en systematisk översikt av interventioner för äldres munhygien som äldreomsorgspersonal utför. Översikten visar att det är möjligt för personalen att påverka äldres

⁹⁰ <https://www2.sahlgrenska.se/sv/folktandvarden/vastragotaland/Om-folktandvarden/Nyheter/Aktuellt/Folktandvarden-anstaller-dietist/> (hämtad 2016-01-03).

⁹¹ www.tandhygienistforening.se/aktuellt/%E2%80%9Dtandhygienist-i-kommunen,-en-resurs-for-aldre-och-funktionsnedsatta%E2%80%9D-arets-sture-nymanstipendium/ (hämtad 2017-02-03).

⁹² Socialstyrelsen. Tandvård och tandhälsa I *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

⁹³ Sveriges Kommuner och Landsting. *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2013*. Stockholm: SKL, PM 2014-12-04, Dnr 14/6541, 2014.

⁹⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Tandlösa tandvårdsstöd En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapport 2015:3.

⁹⁵ Socialstyrelsen. *Tandvård och tandhälsa*. I *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2013*.

munhälsa och allmäntillstånd i en positiv riktning genom noggrann munhygien. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt.⁹⁶

Se, höra och kommunicera

Min bedömning: Det finns fungerande hjälpmedel vid syn- och hörselnedsättningar, som kan vara svåra för den äldre personen att använda. Den funktion som syn- och hörselinstruktörer i kommunerna har är viktig, och jag ser det som oroande att antalet instruktörer har minskat i landets kommuner.

Sinnena har en stor betydelse för livskvalitet och välbefinnande. Att kunna se och höra samt uttrycka sig genom tal tas ofta för givet. Åldrandet innebär att även dessa funktioner påverkas i mer eller mindre hög grad. Det kan handla om till synes enkla saker som att den som har hjälpmedel som glasögon och hörapparat använder dem, glasögonen är putsade och batterierna är utbytta i hörselhjälpmedlet. Försämrad hälsa och problem med hörapparaterna kan bidra till att den äldre personen börjar isolera sig.

Kommunikation, möjligheten att göra sig förstådd och att uttrycka sig är också en del av grundläggande förmågor som har stor betydelse för social samvaro och delaktighet. För äldre personer ökar risken att den kommunikativa förmågan påverkas negativt på grund av stroke, hörselproblem eller kognitiv sjukdom. Men kommunikationen är viktig att uppmärksamma vid annat modersmål, tillhörande något av minoritetsspråken, användande av teckenspråk eller bildstöd.

Syn- och hörselinstruktörer⁹⁷ i kommunerna kan vara en resurs för såväl äldre personer som för personalen i vård och omsorg. Det saknas aktuell statistik om tillgången i landets kommuner. Med ledning av uppgifter som syn- och hörselinstruktörernas intresseförening tagit fram pekade Hörselskadades förening 2014 på att

⁹⁶ Socialstyrelsen. *Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal. En systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁹⁷ Syn- och hörselinstruktörer ger stöd och tränar personer med syn- och hörselnedsättning för att de ska nå en ökad självständighet i sitt dagliga liv. Arbetet kan bestå av träning att använda och sköta om syn- och hörselhjälpmedel, orientering i hemmet och närmiljön, information om kommunens stöd, information till vårdpersonal och föreningar och att vara behjälplig i kontakten med t.ex. syncentral, audionommottagning eller ögonläkare. (Källa: Syn- och hörselinstruktörföreningen i Sverige).

antalet kommuner som då hade hörsel- och syninstruktörer minskat från som mest 230 till cirka 90.⁹⁸ Av en pågående kartläggning som intresseföreningen genomförde hösten 2016 framgår att av de 191 kommuner som svarat i januari 2017 hade fyra av tio någon form av hörsel- och/eller syninstruktör.⁹⁹

Alkohol- och tobaksprevention

Alkohol

Min bedömning: Äldre personer behöver uppmärksammas mer i såväl landstingens som kommunernas arbete med stöd till personer med ett risk- eller missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Samarbetet med kommunens personal inom vård och omsorg liksom med landstingets primärvård behöver förbättras.

Utifrån en ofta förekommande stereotyp bild av äldre personer finns risk att ökad konsumtion av alkohol förbises. Äldre personer uppfattas sällan som personer med riskfylld alkoholkonsumtion och allra minst äldre kvinnor.

Fler både kvinnor och män dricker alkohol längre upp i åldrarna än tidigare, och alkoholskadorna ökar. Mellan 2004 och 2011 ökade vinkonsumtionen med 50 procent bland äldre kvinnor (65 år och äldre). Andelen som dricker över vad som anses vara en risknivå har också ökat bland de som är över 65 år, men minskar bland de som är under 65. Den alkoholrelaterade dödligheten har ökat.¹⁰⁰

Personer med missbruksproblem tenderar att överleva längre. Äldre personer med missbruksproblem ställs ofta utanför missbruksvården inom både socialtjänstens individ- och familjeomsorg och landstingets beroendevård. De betraktas som "äldre" och hemmahörande i äldreomsorgen, som vanligen inte har beredskapen eller kompetensen att kunna ge dessa personer ett adekvat stöd.¹⁰¹

⁹⁸ <https://hrf.se/bara-90-av-landets-kommuner-har-syn-och-horselinstruktör/> (hämtad 2016-12-19).

⁹⁹ Statistik från Syn- och hörselinstruktörsföreningen (shif-S).

¹⁰⁰ Ramstedt, Mats och Raninen, Jonas. Alkoholkonsumtionen ökat bland äldre. *Tidskriften A&N nr 3, 2012*. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), 2012.

¹⁰¹ Hasselgren, Staffan. Dilemma för hemtjänsten. *Tidskriften A&N nr 3, 2012*. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), 2012.

Den ökning av riskfylld alkoholkonsumtion som pågått under ett stort antal år anses bland annat bero på förändrade dryckesvanor och alkoholkultur. Gruppen äldre personer över 65 år är resursstarkare och har bättre ekonomi än tidigare generationer vilket anses bidra till högre alkoholkonsumtion.

Det har diskuterats om det finns en koppling mellan att vinkonsumtionen hos kvinnor generellt blivit vanligare och om det påverkat ökningen av alkoholkonsumtionen hos äldre kvinnor.

Det är vanligare bland äldre personer att alkohol används som självmedicinering. Forskaren Agneta Grimby har visat i en studie att alkoholkonsumtionen ökad kraftigt bland äldre kvinnor som mist sin partner och att alkohol ofta kombinerades med lugnande medel. Av de kvinnor över 65 år som ingick i studien svarade 30 procent att de använde alkohol som lindring av sin sorg och lika många sade sig haft otillräckligt stöd i sorgen.¹⁰²

Riskfylld alkoholkonsumtion innebär ökad risk för sjukdomar, skador och för äldre personer som har vård- och omsorgsinsatser sker också en påverkan på den personal som möter den äldre omsorgstagaren. Stigande ålder kan öka känsligheten för alkoholens effekter.¹⁰³

Det är inte ovanligt att personal upplever det som krävande och etiskt utmanande hur man ska förhålla sig till en omsorgstagare med alkoholproblem t.ex. i frågan om att köpa alkohol. Personal inom vård och omsorg om äldre upplever sig ofta vara ensamma och utelämnade till svåra etiska bedömningar och svåra situationer.¹⁰⁴

Mot bakgrund av att äldre personers riskkonsumtion av alkohol är relativt dold så saknas också strategiska insatser för prevention och behandling speciellt riktat till äldre personer. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende anges det att rekommendationerna för vuxna även omfattar äldre personer

¹⁰² Grimby, Agneta. Alkohol och läkemedel, en farlig ”änkecocktail”. *Psykologtidningen* 2/08, 5–7. Se även *Woman an Alcohol in Gothenburg. Om kvinnors alkoholkvanor under de senaste trettio åren*. Göteborg: Göteborgs universitet, Enheten för socialmedicin och epidemiologi, 2016.

¹⁰³ SOU 2011:35. Missbruksutredningen. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande, del 2, s. 767–770.

¹⁰⁴ Gunnarsson, Evy. *Vi får klara oss själva – om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, arbetsrapport 2010.

och att inga särskilda rekommendationer ges. Samtidigt pekar man i riktlinjerna på vikten av samverkan med bl.a. äldreomsorgen.¹⁰⁵

Tobak

Min bedömning: Att sluta röka har goda effekter för hälsan även för äldre personer. Även äldre personer bör därför erbjudas rökavvänjning.

Tobaksrökning är negativt för hälsan, både aktivt och passivt. En stor del av de förebyggande insatserna mot rökning är riktade till unga personer vilket är betydelsefullt och har stor betydelse för hälsan långsiktigt. Men det är aldrig för sent att sluta röka och uppnå positiva hälsoeffekter.

Folkhälsomyndigheten har årligen genomfört en nationell folkhälsoenkät.¹⁰⁶ När det gäller äldre personer omfattar enkäten åldersgruppen 65–84 år. Resultatet för år 2016 visar att 9 procent av personerna i den åldersgruppen röker dagligen.

Andelen personer i åldersgruppen 65–84 år som röker dagligen har inte förändrats i någon större omfattning om man jämför med resultatet från nationella folkhälsoenkäten åren 2010 och 2004.

Av kvinnor i åldersgruppen 65–84 år är det 53 procent som aldrig har rökt, och motsvarande siffra för män i samma åldersgrupp är 44 procent. Det innebär att knappt hälften (49 procent) av alla i åldersgruppen 65–84 år aldrig har rökt.

I samma undersökning ställs också frågor om snusning. I åldersgruppen 65–84 år är det 7 procent som snusar dagligen. Till skillnad från rökning är det stora könsskillnader. Det är två procent av kvinnorna och 13 procent av männen som snusar dagligen.

Riskerna med att röka är väl kända. Personer som röker har dubbelt så hög risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar som personer som aldrig har rökt. En person som dör i hjärtinfarkt som är rökare är i genomsnitt fem år yngre än en person som inte röker och som dör av samma orsak. Varje år får ungefär 3 500 personer diagnosen

¹⁰⁵ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁰⁶ Folkhälsomyndigheten. *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/>

lungcancer. Nästan lika många dör årligen i kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Rökning innebär större risker för kvinnor som röker än för män. En stor amerikansk studie visar att rökning ökar risken för bröstcancer hos äldre kvinnor med nästan 20 procent. Risken för kvinnor som tidigare hade rökt, men hade slutat, var sju procent högre än för kvinnor som aldrig hade rökt.

Även om en person har rökt under många år visar aktuell forskning att det inte är för sent att sluta röka för en äldre person.

Forskare vid det tyska cancerforskningsinstitutet (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ) har analyserat det sammanvägda resultatet av 25 studier i USA och Europa. I underlaget för analysen ingick mer än en halv miljon personer över 59 år. Resultatet visar att risken för att dö av en hjärt-kärlsjukdom minskar avsevärt efter att hen slutar röka, och det även om hen har fyllt 60 år. Och under de fem första åren efter rökstoppet minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom tydligt även för äldre personer. Riskminskningen fortsätter sedan år efter år.¹⁰⁷

9.4 Det civila samhällets roll

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för kommunernas insatser inom hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre personer. Uppdraget bör ges som en utökning av, alternativt samordnas med, Folkhälsomyndighetens uppdrag att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå samt inom den ideella sektorn inom området psykisk hälsa. Uppdraget till Folkhälsomyndigheten bör i denna del genomföras i samråd med pensionärsorganisationer och andra berörda ideella organisationer.

¹⁰⁷ www.tobaksfakta.se/rokstopp-lonar-sig-stort-aven-nar-du-ar-aldre/ (hämtad 2016-01-03).

Min bedömning: Hälsofrämjande och förebyggande insatser berör alla samhällets delar, där kommunerna har ett tydligt ansvar att tillsammans med civilsamhället underlätta för äldre personer att vara fysiskt och socialt aktiva och vara delaktiga i samhällslivet. Kommunerna har en viktig roll i att samarbeta med och stödja det lokala civilsamhällets arbete med träffpunkter, studiecirklar, väntjänst och andra aktiviteter som främjar social samvaro och gemenskap. Det civila samhället har en viktig roll genom att utgöra ett komplement till det offentliga ansvar för förebyggande och hälsofrämjande arbete. Genom att det civila samhällets organisationer ges en aktiv roll i förebyggande och hälsofrämjande arbete kan det också bidra till att öka den äldre personens egenmakt och medskapande i de förebyggande och hälsofrämjande insatserna.

Det civila samhället har en viktig roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Organisationer, folkbildning, religiösa och politiska verksamheter, idrottsrörelsen och många fler är exempel på verksamheter som i dag är ett nödvändigt komplement och partner till det offentliga åtagandet. Ett aktuellt exempel är att den senaste tidens behov av att kunna stödja nyanlända som kommit från krig och förföljelse har fyllts av många äldre personer som genom volontärarbete bistått med kunskap och direkt hjälparbete.

Dessa verksamheter bidrar på många sätt till en bra, och hälsofrämjande verksamhet. Det sker genom att skapa mötesplatser och engagemang, och genom att ge möjlighet för människor i alla åldrar att bidra själva, få vara delaktiga, behövda.

De största organisationerna är pensionärsorganisationerna. Andra viktiga aktörer är trossamfunden, Röda Korset, Anhörigas Riksförbund och många lokala föreningar och olika typer av väntjänst. Det skiljer mellan kommunerna hur kommunerna utformat sitt samarbete med och stöd till det lokala föreningslivet.

De totala bidragen och transfereringarna från kommunerna till ideella föreningar uppgick 2013 till cirka 4,2 miljarder kronor. Den enskilt största posten avsåg bidrag till fritidsverksamhet. Kommunernas bidrag inom området vård och omsorg uppgick till 0,5 miljarder kronor.¹⁰⁸

¹⁰⁸ SCB. *Det civila samhället 2013 – satelliträkenskaper och undersökningar*. Örebro: Statistiska centralbyrån, 2015.

Kommunsektorns möjlighet att ge bidrag utgår från det s.k. befogenhetskapitlet i kommunallagen (1991:900), KL. Det innebär att verksamheten, för att kunna få bidrag, ska vara av allmänt intresse och ha anknytning till kommunens eller landstingets område eller medlemmar, och inte höra till någon annans ansvar (2 kap. 1 § KL). Den verksamhet som bidraget avser ska vidare vara benefik, dvs. det får inte handla om köp av en tjänst.

I betänkandet *Palett för ett stärkt civilsamhälle* (SOU 2016:13) redovisas att civilsamhällets organisationer har svårt att finansiera sin verksamhet.

Många upplever att en ökande andel av de offentliga bidragen är öronmärkta för viss verksamhet och att de mer generella organisationsbidragen minskar till förmån för de mer inriktade verksamhetsbidragen. Detta sker samtidigt som de administrativa kraven ökar för organisationerna.

Vissa organisationer menar att det är svårt att hitta pengar för verksamhet som inte är nyskapande eller kan organiseras i projekt.¹⁰⁹

I betänkandet görs bedömningen att kommunerna bör stödja civilsamhällets verksamhet genom att utnyttja befintligt utrymme i regelverket att subventionera lokalhyra och också på andra sätt beakta civilsamhällets lokalbehov. Kommunernas bidragsgivning bör enligt betänkandet vara långsiktigt och inte ettårigt, så att civilsamhället ges bättre planeringsförutsättningar. I en del fall kan idéburet offentligt partnerskap (IOP)¹¹⁰ vara en möjlighet.¹¹¹

Folkhälsomyndigheten har sedan tidigare ansvarat för flera uppdrag rörande hälsosamt åldrande, inkluderande såväl social gemenskap och delaktighet som förebyggande av ohälsosamma levnadsvanor. I början av år 2016 avslutades en utvärdering av en samverkansmodell för hur civila samhället, landsting och kommuner kan samverka i syfte att främja ett hälsosamt åldrande. Folkhälsomyndigheten har för närvarande flera uppdrag inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa, 2016–2020. I uppdragen ingår att verka för nationell samordning och för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete inom områdena psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdragen omfattar samtliga åldrar. I ett av uppdragen pågår ett projekt relaterat till äldres psykiska hälsa. Det är ett samverkansprojekt mellan flera myndigheter

¹⁰⁹ SOU 2016:13. Utredningen för ett stärkt civilsamhälle. *Palett för ett stärkt civilsamhälle*, s. 217 och 218.

¹¹⁰ Se beskrivning av IOP i kapitel 7.

¹¹¹ SOU 2016:13. Utredningen för ett stärkt civilsamhälle. *Palett för ett stärkt civilsamhälle*.

(Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] och Myndigheten för delaktighet) inom ramen för en arbetsgrupp inom Rådet för statlig styrning med kunskap. Syftet med projektet är att undersöka hur välfärdsteknik kan främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos äldre, med särskilt fokus på hur digitala verktyg och tjänster kan användas för social stimulans i syfte att öka delaktighet och främja ett hälsosamt åldrande. Inom projektet kommer det under år 2017 att tas fram ett behovs- och målgruppsanpassat kunskapsstöd om välfärdsteknikens möjligheter att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos äldre, genom till exempel social stimulans, minska ensamheten och öka delaktigheten.

Folkhälsomyndigheten har i regleringsbrevet avseende år 2017 fått ett nytt uppdrag om att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå samt inom den ideella sektorn inom området psykisk hälsa. Uppdraget kan omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning. Genomförandet av uppdraget ska ske i samverkan med den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) och de regionala resurscentrumen för psykisk hälsa som ska byggas upp under år 2017 i enlighet med överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017.

9.5 Rehabilitering

Mitt förslag: Regereringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med andra berörda myndigheter och organisationer utveckla former för insamlande av nationella data om effektiva metoder, organisatoriska modeller och arbetssätt för rehabilitering av äldre personer samt sprida kunskap riktat till huvudmän, vårdgivare och vård- och omsorgspersonal.

Min bedömning: För att rehabiliterande insatser ska bli till nytta för den äldre personen, och samhället, krävs en reell samverkan mellan myndigheter, huvudmän, vårdgivare, olika professioner och den äldre personen och hans anhöriga. Det saknas i dag en sammanhållen kunskap om rehabiliterande insatser för äldre personer, inte minst avseende så kallad vardagsrehabilitering.

Det rehabiliterande arbetet liknar i viss mån det förebyggande arbetet. Jag har emellertid i betänkandet valt att inledningsvis behandla det förebyggande arbetet för att nu komma till rehabiliterande insatser, även om dessa kan vara förutsättningar för varandra. Jag gör detta för att tydliggöra insatser och förslag.

I direktivet anges att en bra rehabilitering kan medföra långsiktiga ekonomiska vinster för samhället, men framför allt ge den äldre en högre livskvalitet under en längre tid. Det senare är en av utredningens viktigaste utgångspunkter.

När det gäller de rehabiliterande insatserna finns det ofta ett stort behov av samverkan dels mellan huvudmännen, dels mellan olika aktörer och vårdgivare som är kopplade till den äldre personen. Utredaren ska lämna förslag på hur det rehabiliterande arbetet kan stärkas.

Huvudmännen har var för sig och tillsammans ett ansvar för att förutsättningar finns för en förbättrad rehabilitering för äldre personer. I genomförandet av en förbättrad rehabilitering anser jag att förutom den äldre personen tillsammans med anhöriga ingår förutom vårdgivare och dess olika professioner också huvudmännen som har ett centralt ansvar för att samverkan ska bli möjlig. Det är av stor vikt att vars och ens ansvar tydliggörs för att uppnå en personcentrerad och effektiv rehabilitering.

Vidare är det enligt min bedömning viktigt att rehabiliteringens möjlighet att ge högre livskvalitet ska omfatta äldre personer oavsett kön, etnicitet, språklig tillhörighet, funktionsnedsättning, socioekonomisk situation, sexualitet, könsidentitet eller könsuttryck.

Rehabiliteringens syfte och aktörer

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån hens behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.¹¹²

Rehabilitering kan ske inom ramen för primärvården eller öppenvårdsmottagningar, i slutenvård, i den äldre personens hem, både i ordinärt och i särskilt boende eller i särskilda verksamheter inriktade på rehabilitering. I de team som arbetar med rehabilitering kan undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kurator, psykolog, logoped, läkare och sjuksköterska ingå.

Det finns även multidisciplinära specialistteam för vissa rehabiliterande insatser som oftast är kopplade till olika tillstånd som t.ex. stroke eller olika neurologiska tillstånd.

Brister i rehabilitering – ett långvarigt problem

De brister som i dag påtalats kring rehabilitering av äldre personer är framför allt problem med samverkan, både mellan och inom landstingens och kommunernas organisation. Som exempel kan nämnas bristande samverkan mellan slutenvård och öppenvård och mellan landstingets primärvård och den kommunala hemsjukvården. Det finns en brist på helhetssyn och avsaknad av upprätthållande rehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt i all vård och omsorg. I vissa fall kommer rehabiliteringen inte igång tillräckligt snabbt. Kort sagt så saknas det en helhetssyn och sammanhållna rehabiliteringsinsatser.

Uppföljningen av Ädelreformen, som genomfördes 1992, visade upp samma problembild.¹¹³ Brister i samverkan och brist i tillgång och tillgänglighet till rehabiliteringsinsatser. Det föranledde att regeringen 1995 gav Socialstyrelsen i uppdrag att intensifiera arbete

¹¹² Rehabilitering kan också anses som ett mångtydligt begrepp vilket Socialstyrelsen lyft i flera rapporter. Mångtydligheten består av dels ett synsätt att det endast utförs av legitimerad personal och dels av att även andra personalkategorier är inkluderade. Vad rehabilitering anses vara skiljer sig åt lokalt och regionalt. Skillnader i synsätt på vad rehabilitering är kan leda till svårigheter med samsyn och därmed ansvarsfördelningen. Stockholm: Socialstyrelsen *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*, 2014.

¹¹³ Socialstyrelsen. *Ädelreformen – slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

med insatserna kring rehabilitering av äldre personer. Staten tillförde 300 miljoner kronor till kommuner och landsting som stöd till utveckling. Det blev den så kallade Rehab 300-satsningen. Inom ramen för satsningen genomfördes ett stort antal projekt och inriktningen var framför allt på att främja samverkan och att lyfta området rehabilitering för äldre personer. Flera år senare genomfördes en uppföljning för att se vad som hänt med projekten. Det visade sig då att få, om ens något, av projekten fanns kvar.¹¹⁴

Det fragmentiserade ansvaret och innehållet i rehabilitering för äldre personer påtalades också 2002, i uppföljningen av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Uppföljningen visade på behovet av att samverka mellan huvudmännen är särskilt viktigt att komma till rätta med när det gäller rehabilitering och att i den frågan hade det inte uppnåtts det önskade resultatet. Även kompetensbrist påtalades som en orsak till att målet inte uppnåtts.¹¹⁵

I uppföljningen anfördes också att det saknades rehabiliteringspersonal i samband med utskrivning från sjukhus. Detta ledde till en brist på helhetssyn kring den äldre personen. Rehabiliteringsinsatserna blev också insatta för sent och uppföljning saknades.¹¹⁶

I slutbetänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, beskrivs att rehabiliteringens omfattning, organisering och kvalitet har påverkan på behoven av vård och omsorg. Därmed är rehabilitering ur det perspektivet intressant som ett sätt att uppnå effektivt resursutnyttjande. Samtidigt pekar utredningen på att rehabilitering är ett fragmentiserat område avseende ansvar, komplext avseende åtgärder och att det saknas nationella data över rehabiliteringsområdet i sin helhet. Det gör att området blir svårt att överblicka.¹¹⁷

Sammanfattningsvis visar detta att rehabilitering för äldre personer har samma brister och utmaningar som påtalades för 20 år

¹¹⁴ Wånell, Sven Erik. *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvalitén i äldreomsorg*. (2016). Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Stimulansmedelsrapporten-2.pdf (hämtad 2017-03-13).

¹¹⁵ Regeringens skrivelse 2002/03:30 *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*.

¹¹⁶ Regeringens skrivelse 2002/03:30 *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*.

¹¹⁷ SOU 2016:2 *Effektiv vård*. Utredningen anger att utredningen inte hade möjlighet att ta med rehabilitering i sitt utredningsarbete på grund av begränsade resurser.

sedan. Det ska emellertid påtalas att det arbete som sker ute i verksamheterna i relationen mellan vård- och omsorgspersonal och den äldre personen självfallet har utvecklats. Det centrala är bristen på samverkan, tydlighet i vem som har ansvar för vad och en samlad kunskap om evidensbaserad rehabilitering med fokus på äldre personer. För att uppnå målet med att förbättra rehabiliteringen för äldre personer krävs ett långsiktigt, målfokuserat arbete i samverkan mellan alla berörda myndigheter och organisationer avseende samverkan och ansvarsfördelning. Insatser och måluppfyllelse ska följas upp kontinuerligt och den nationella kvalitetsplanen ska revideras i förhållande till resultatet av insatserna, se kapitel 15.

En samlad kunskap om evidensbaserade rehabiliteringsinsatser behövs tillsammans med mer forskning, framför allt avseende äldre personer. I dag är en stor del av kunskapen kring rehabilitering uppbyggd kring enskilda ohälsotillstånd som exempelvis stroke och höftfrakturer. Vid rehabiliteringsinsatser för äldre personer så behövs det säkerställas att personer med sjukdomar som till exempel demenssjukdom och andra funktionsnedsättningar får tillgång till goda rehabiliteringsinsatser. Det kan noteras att den nya remissversionen av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom inte innehåller något om rehabilitering efter till exempel en fraktur.¹¹⁸

Rehabiliterande förhållningssätt

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att vård- och omsorgspersonal ser på äldre personer med en helhetssyn och fokuserar på de salutogena, de friska, faktorerna och att de ser de äldre personerna som aktiva varelser.¹¹⁹

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär därför att stödja en person och inte att hjälpa i den betydelsen att hen gör något åt den äldre personen. Stödet ska i stället väcka personens intresse för egna resurser, möjligheter och uppmuntra till egna initiativ. Rehabiliter-

¹¹⁸ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens – stöd för styrning – remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

¹¹⁹ Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.

ingen ska vara en del av vardagen och det är därför det rehabiliterande förhållningssättet också benämns vardagsrehabilitering.

Rehabilitering och ett rehabiliterande förhållningssätt ska utgå från den unika personen och ett personcentrerat arbetssätt. Behoven hos den äldre personen är det centrala i det rehabiliterande arbetet. De egna önskemålen och vad som är viktigt för denne person att träna på är en del av förutsättningarna för att rehabiliteringen ska få önskad effekt. En bra rehabilitering är den som fokuserar på det som den äldre personen anser vara viktigt att kunna klara av t.ex. att kunna klara sig själv i hemmet eller vissa aktiviteter.

Anhöriga är viktiga medskapare i rehabiliteringsarbete, inte minst i vardagsrehabiliteringen. Det kan handla om både stöd till den närstående och som ökad kunskap för den anhörige att inte känna rädsla och osäkerhet om vad som kan krävas av den närstående.

Undersköterskan har en viktig roll i det rehabiliterande arbetet då hen ofta har den primära och närmsta professionella kontakten med den äldre personen i vardagen. Det är viktigt att det då finns möjlighet till handledning och ökad kompetens för det rehabiliterande arbetet, framför allt från arbets- och fysioterapeuter.¹²⁰

Det är undersköterskorna som dagligen arbetar med de äldre personerna och därmed på nära håll kan följa hur rehabiliteringen utvecklas.¹²¹

Inför Socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen 2006 tog Hjälpmedelsinstitutet fram ett underlag där man studerat kommunernas rehabilitering av äldre personer i eget boende.¹²² Undersökningen omfattade bl.a. en litteraturstudie samt redovisningar av ett antal utvecklingsarbeten som genomförts i kommunerna. Redovisningarna omfattade projekt i 22 kommuner som innebar en systematisk satsning på att utveckla rehabilitering i hemmet. Uppföljningar, som i flera fall genomförts av FoU-enheterna i länen, visade resultat i form av förbättrad funktionsförmåga hos den äldre, bättre arbetsmiljö för såväl hemtjänst- som rehabiliteringspersonal samt kostnadsbesparingar för kommunen. Ur den äldres perspektiv

¹²⁰ Socialstyrelsen. *Äldres rehabilitering i särskilt boende – allt faller om den sista länken brister*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.

¹²¹ Socialstyrelsen. *Äldres rehabilitering i särskilt boende – allt faller om den sista länken brister*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.

¹²² Socialstyrelsen *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.

fanns resultat som pekade på ett ökat oberoende, större självständighet och en förbättrad livskvalitet.

Flera kommuner har tagit fram utbildningar i rehabiliterande arbetssätt som olika yrkeskategorier inom äldreomsorgen ska genomgå.¹²³ En liten studie från Norrköping visar att både arbetsterapeuter och undersköterskor var positivt inställda till att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Undersköterskorna hade fått ökad kunskap om rehabilitering och hade tillägnat sig ett individanpassat arbetssätt. Arbetsterapeuterna uppgav att deras roll och arbetsuppgifter hade blivit tydligare. Tillsammans hade de fått en gemensam grundsyn på rehabilitering.¹²⁴

En annan mindre studie pekar på både styrkor och hinder för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Det mest positiva är den enskilde äldres vilja till aktivitet och det största hindret ansågs vara att tiden skapar stress i arbetet. Hemtjänstpersonalen kunde öka meningsfullheten i vardagen hos den äldre genom sitt arbete. Utbildningarna hade gett resultat genom att ett rehabiliterande arbetssätt användes.¹²⁵

I åtta vetenskapliga studier som ingick i urvalet i en kunskapsöversikt från Lunds universitet redovisas en del positiva effekter av vardagsrehabilitering såsom mindre utnyttjande av hemtjänst, större sannolikhet att kunna bo kvar hemma, förbättrad ADL-förmåga, bättre hälsorelaterad livskvalitet och fysisk hälsa, ökad fysisk aktivitet samt lägre kostnader jämfört med vanlig hemtjänst. Kunskapsläget vad gäller vardagsrehabilitering är ännu svagt men de vetenskapliga studier som hittills publicerats indikerar att detta är en typ av intervention som har potential att stödja äldre med behov av hjälp och stöd i vardagen på ett effektivt sätt.¹²⁶

¹²³ T.ex. Norrköpings kommun, www.norrkoping.se/vard-omsorg/kvalitet-utveckling/puff/kompetensutveckling/utbildningar/rehabiliterande-forhallni/ och Östersunds kommun, www.ostersund.se/forvaltningarna/vardochomsorgsforvaltningen/nyhetervardomsorg/tidiga-renhetervardochomsorgsforvaltningen/nyhetervardomsorg/utbildningirehabiliterandearbetssattochhjalpmedel.5.4a7a3bb515305f3e1285c03.html

¹²⁴ Karlsson, Sofie och Sundberg, Matilda. *Att arbeta med ett rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt*. Examensarbete 15 Hp., Linköpings universitet, 2010.

¹²⁵ Burle, Johanna och Billström, Fredrik (2009) *Rehabiliterande förhållningssätt i vardagen. En studie av hemtjänstpersonal efter utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt*. Magisteruppsats, Lunds universitet, 2009.

¹²⁶ Pettersson, Cecilia och Iwarsson, Susanne. *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2015.

9.6 Ansvar och rättslig reglering

Ansvar för rehabiliterande insatser regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Riksdagen har beslutat om ny hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017. De bestämmelser i nuvarande lag som refereras här återfinns likalydande i den nya lagen.¹²⁷ Det är landsting och kommuner som i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård har ansvar för rehabiliterande insatser.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen inleds med allmänna bestämmelser som definierar hälso- och sjukvård samt mål för och krav på hälso- och sjukvården. Dessa bestämmelser gäller för båda huvudmännen med ansvar för hälso- och sjukvård: landsting och kommuner samt för alla vårdgivare, både offentliga och privata.

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.¹²⁸

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen.¹²⁹

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.¹³⁰ Ansvaret för rehabilitering och habilitering regleras på två ställen i hälso- och sjukvårdslagen. Utgångspunkten är att landstinget har ansvar för dem som är bosatta inom landstinget och som inte omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.¹³¹

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt 3 b § HSL. Kommunen ska i samband med sådan hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för att erbjuda rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt 18 b § HSL.

För både landsting och kommuner gäller att habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i sam-

¹²⁷ Proposition 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

¹²⁸ 1 § HSL.

¹²⁹ 2 § HSL.

¹³⁰ 2 c § HSL.

¹³¹ 3 § HSL.

verkan med den enskilde. Av den plan som upprättas ska planerade och beslutade insatser framgå.¹³²

Föreskrifter och allmänna råd om förebyggande och rehabilitering

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och beslutat om allmänna råd som rör rehabilitering och habilitering, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering

Kommunerna ansvarar för viss hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Enligt 24 § HSL ska det finnas en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar, en så kallad medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom den kommunala hälso- och sjukvården. En kommun kan dela in sin verksamhet i olika verksamhetsområden och ha olika MAS:ar för dessa.¹³³

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast ha det ansvar som MAS annars har (24 § andra stycket HSL). Hen benämns då för medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).¹³⁴

Det har i olika sammanhang framförts att det borde vara rättsligt reglerat att alla kommuner skulle ha en MAR anställd på motsvarande sätt som skyldigheten att ha en MAS. Det kan inte uteslutas att det skulle bidra till en högre kvalitet men de flesta kommuner i Sverige är små och kan ha ett för litet befolkningsunderlag för att motivera inrättande av en sådan tjänst.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att som myndighet tydliggöra rehabiliteringen för äldre personer med omfattande och komplexa behov i kunskapsstyrningen. I en rapport från Socialstyrelsen före-

¹³² 3 b § tredje stycket HSL och 18 b § HSL.

¹³³ Socialstyrelsen. *Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 6/2016.

¹³⁴ Socialstyrelsen. *Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 6/2016.

slår Socialstyrelsen att regeringen bör överväga att stimulera forskning om rehabilitering av de mest sjuka äldre vid korttidsboende eller i ordinärt boende, vilka effekter på den äldre som kan fås av insatsen korttidsboende eller andra alternativa insatser med liknande syfte. Även kostnader för olika alternativ i förhållande till effekterna behöver inkluderas i forskningen.¹³⁵

9.7 Behov av samverkan

Mina bedömningar: De förslag om att utföra verksamheter gemensamt som läggs i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) är angelägna för äldre personer med stora och komplexa behov, inte minst vad gäller rehabilitering. Jag återkommer med mina förslag i kapitel 10.

Jag stödjer förslaget, som lagts i betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20), att regeringen ger Socialstyrelsen eller annan lämplig aktör i uppdrag att genom kunskaps- och metodstöd, processledare, erfarenhetsutbyte, stimulansmedel eller på annat lämpligt sätt stödja landsting och kommuner i att införa arbetssätt där erfarenheter från olika verksamheter som bedrivs gemensamt av landsting och kommun för trygg hemgång tas tillvara. Min bedömning är att inriktningen då ska vara att ett sådant arbetssätt inte bara ska vara begränsat till tiden vid hemgång från slutenvården och kort tid därefter utan också kunna ges kontinuerligt.

Rehabilitering är en åtgärd inom hälso- och sjukvård, där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har huvudansvaret. För en äldre person som drabbas av en avgränsad sjukdom som lätt går att åtgärda med ett begränsat antal aktörer eller insatser i standardiserade förlopp fungerar det ofta med att träffa läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

För äldre personer med komplicerade tillstånd eller äldre personer med sammansatta behov som behöver insatser från olika delar av landstingens och kommunernas vård och omsorg fungerar

¹³⁵ Socialstyrelsen. *Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Primärvård och korttidsboende – vad behöver förändras?* Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

det ofta betydligt sämre. Undantagen blir regel och variationerna många och ofta oförutsebara och unika för varje individ.

Flera professioner och delar av vård- och omsorgssystemet behöver samverka med varandra över organisatoriska och kompetensmässiga gränser. Den äldre personen behöver få insatser av olika karaktär som kombineras i rätt mängd och i rätt tid utifrån den unika situationen.¹³⁶

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) redovisar i en rapport att interdisciplinära team ger bättre aktivitets- och funktionsförmåga än konventionell rehabilitering vid rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer.¹³⁷ Möjligheten att bo kvar i sitt hem efter utskrivning från sjukhus påverkas inte av om det är interdisciplinära team som ansvarar för rehabiliteringen. Inte heller överlevnaden påverkas. Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten på instrumentell ADL, livskvalitet, kognitiv funktion, depression, komplikationer, kostnadseffektivitet samt konsekvenser för anhöriga.

SBU har även granskat interdisciplinära team vid tidig koordinerad utskrivning från sjukhus och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre patienter med milda till måttliga funktionshinder efter stroke.¹³⁸ Slutsatserna av granskningen blir att när det interdisciplinära teamet ansvarar både för utskrivningen och för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljön leder detta till att färre avlider eller måste ha hjälp med vardagliga behov (personlig ADL, aktiviteter i dagliga livet). Detta är dock en metod som används på ett litet antal av sjukhusen i landet. SBU konstaterar vidare att det vetenskapliga underlaget inte räcker för att bedöma effekterna av metoden, när det interdisciplinära teamet endast ansvarar för utskrivningen men inte den fortsatta rehabiliteringen.

I betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) från utredningen om betalningsansvarslagen pekar man på att det är vanligt att primärvård eller öppenvård inte deltar i

¹³⁶ Jämför SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*. s. 225–226

¹³⁷ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015.

¹³⁸ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015.

vårdplanering på sjukhus. Det kan leda till att patientens behov av rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel missas. Dessutom kan de faktiska behoven av rehabilitering och behov av hjälpmedel bli synliga först vid utskrivning till hemmet. I betänkandet lyfts exempel där gemensam planering och med alla kompetenser närvarande vid utskrivning och hemgång har kunnat på kort tid uppvisa mycket goda resultat, även samhällsekonomiskt. Ett sådant exempel är "Trygg hemgång" eller andra arbetssätt som tidig koordinerad utskrivning.¹³⁹

I den lagrådsremiss regeringen i december 2016 lämnat till riksdagen framhålls bl.a. att "Arbete med individuella planer är ett effektivt sätt att hålla samman olika insatser och skapa en helhet när individen behöver hjälp från olika verksamheter. Det är således ett sätt att på individnivå minska effekterna av "stuprörsproblematik".¹⁴⁰

Professor Margareta Lilja, forskare inom arbetsterapi vid Luleå tekniska universitet, säger i en intervju att rehabilitering med målet att bli självständig, alltför ofta fokuserar på att kunna sköta sin hygien. För den äldre personen kan självständigheten innebära något helt annat. Hon påpekar också att "sköra äldre har en rehabiliteringspotential". Sammanfattningsvis är det mest samhällsekonomiska att tillsammans med den äldre individen och anhöriga lägga upp nya långsiktiga strategier för att klara av att bo kvar hemma.¹⁴¹ Rehabilitering av äldre personer tar tid och måste få ta tid.

Rehabilitering för äldre personer med demenssjukdom, i samband med stroke, fraktur eller motsvarande kräver insatser från flera olika professioner och underlättas av om arbetet bedrivs i ett multiprofessionellt team.

¹³⁹ SOU 2015:20. Utredningen om betalningsansvarslagen. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.*

¹⁴⁰ Regeringen. *Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.* Lagrådsremiss 20 december 2016, s. 71.

¹⁴¹ Intervju med Professor Margareta Lilja 2016-12-19 www.ltu.se/research/subjects/Arbetsterapi/Nyheter-och-aktuellt/Lev-langre-med-tidig-anpassning-i-hemmamiljon-1.99977.

9.8 Rehabilitering och habilitering för personer med tidigare funktionsnedsättningar

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Myndigheten för delaktighet i uppdrag att kartlägga levnadsförhållanden och livssituation för äldre personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att kartlägga tillgång till rehabilitering och habilitering för samma grupp och särskilt uppmärksamma om det finns skillnader för personer under och över 65 år. I dessa uppdrag bör de båda myndigheterna samverka med varandra.

Min bedömning: Det finns fortfarande ett omedvetet förhållningssätt att dela upp livsloppet för vuxna i över och under 65 år. En sådan uppdelning riskerar att äldre personer inte får del av samma insatser som andra vuxna personer eller att insatser för personer med tidigare funktionsnedsättningar avbryts utan att behoven förändrats.

Allt fler personer lever med funktionsnedsättningar från unga år upp till en hög ålder. Det ställer krav på att det finns kompetens om olika former av funktionsnedsättningar i kombination med åldrandets påverkan på hälsan. Omedvetet finns fortfarande en syn på äldre personer som avvikande från yngre vuxna där rehabilitering och habilitering ofta har en inriktning mot att öka möjligheten till arbete eller återgå till arbete. I vissa fall innebär det en risk att de rehabiliterande och habiliterande insatser som getts till personer under 65 år inte följer med efter att personen fyllt 65 år. Detta trots att behoven inte förändrats och att rehabilitering och habilitering har fungerat bra för hen.

Myndigheten för delaktighet (MFD) presenterade 2016 en rapport om levnadsförhållanden och livssituation för personer med funktionsnedsättningar.¹⁴² Rapporten omfattade då inte personer som fyllt 65 år. Mot bakgrund av den uppdelning som inte så sällan sker mellan personer över och under 65 år vore det värdefullt att följa livsloppet för äldre personer med funktionsnedsättning, övergången till att fylla

¹⁴² Myndigheten för delaktighet. *Utvärdering och analys av funktionsbinderspolitiken 2011–2016. Redovisning av regeringsuppdrag om ett samlat uppföljningssystem för funktionsbinderspolitiken.* Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016.

65 år, rehabiliterings- och habiliteringsinsatser samt den livssituation som äldre personer med funktionsnedsättning sedan unga år har.

9.9 Uppföljning och stöd till förbättringsarbete

Minna bedömningar: Socialstyrelsens arbete med utveckling av indikatorer för rehabilitering av äldre personer är angeläget.

Regeringen har beslutat om stöd till bland annat kvalitetsregistret Senior Alert. Senior Alert har en viktig roll för ett systematiskt arbete med rehabilitering av äldre personer och ett rehabiliterande arbetssätt. Min bedömning är att regeringen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bör säkerställa det arbete som görs inom ramen för Senior Alert för hela den period som den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre omfattar.

Utveckling av indikatorer

Socialstyrelsen har i uppdrag att beskriva och följa upp kvaliteten på vården och omsorgen om äldre personer, inkluderat äldre personer med omfattande och komplexa behov. I det uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram tio indikatorer avseende äldre personers rehabilitering. Indikatorerna beskriver äldre personers vård- och omsorgsprocesser inom både kommun och landsting med fokus på rehabilitering. Sammanlagt har tio indikatorer föreslagits varav tre nya.

Ett antal områden identifierades i behov av utveckling av indikatorer.¹⁴³ Dessa utvecklingsområden är:

- främjande av patientdelaktighet
- proaktiv och tillgänglig vård
- minskad läkemedelsrelaterad sjuklighet
- sammanhållen vård och omsorg
- kompetensutveckling och -försörjning

¹⁴³ Socialstyrelsen. *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

- styrning mot sammanhållen vård och omsorg
- verktyg och processer för informationsdelning
- information om vårdutbud.¹⁴⁴

Kvalitetsregister

Som jag redovisat i kapitel 7 och återkommer till i kapitel 15 är kvalitetsregistret Senior Alert inriktat på att stödja förebyggande insatser inom flera av de områden där rehabiliteringen för äldre personer har en roll – förebygga risk för fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. För att säkerställa ett fortsatt utvecklingsarbete av det kvalitetsregistret och stöd till användarna är det stöd som regeringen aviserat för 2017 till kvalitetsregistren angeläget. Det är nödvändigt att stödet från 2018 blir långsiktigt.

9.10 Hjälpmedel

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda orsakerna bakom de skillnader i tillgång till hjälpmedel som finns mellan personer över och under 65 år samt mellan äldre kvinnor och män.

Min bedömning: Lagförslagen i betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden om vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) har betydelse för användning av hjälpmedel och välfärdsteknik och bör genomföras så snart som möjligt.

En väl fungerande hjälpmedelsverksamhet är viktigt för många äldre personer. Tillgång till exempelvis rollator kan vara förutsättningen för att kunna göra egna promenader. Utan detta hjälpmedel minskar möjligheten till ett aktivt och självständigt liv. Den är viktig för hälsan för dem som behöver detta förflyttningshjälpmedel och kan också spela en stor roll för resultatet av en rehabiliteringsinsats efter t.ex. en stroke.

¹⁴⁴ Socialstyrelsen. *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Statistik om hjälpmedel

Hjälpmedelsverksamheten riktar sig i mycket hög grad till äldre och måste ses som en viktig del i vården och omsorgen om äldre personer.

Hjälpmedelsverksamheten utreds nu av den statliga Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08)¹⁴⁵, som jag har haft kontakter med under mitt utredningsuppdrag. Jag har erhållit uppgifter från Hjälpmedelsutredningen som presenterar sitt betänkande senare i vår och dessa uppgifter visar bl.a. följande:

- 80 procent av dem som provar ut en hörapparat är äldre än 65 år.
- 70 procent av dem som använder rullstol är äldre än 65 år.
- En femtedel av alla sjuttioåringar och nästan varannan person som fyllt 76 år använder något ADL-hjälpmedel för att kompensera för ett rörelsehinder.

Socialstyrelsens statistik över hjälpmedel visar samma mönster. En mycket stor majoritet av hjälpmedelsanvändarna är äldre personer. Socialstyrelsen har sammanställt förskrivning av hjälpmedel från hjälpmedelscentralerna i ett urval av 10 län. Mönstret är gemensamt för alla län – det är främst äldre personer som får hjälpmedel förskrivna. Två exempel får illustrera detta. I Västra Götaland förskrevs knappt 61 300 hjälpmedel under 2014 varav knappt 46 000 (75 procent) var förskrivna till personer som var 65 år eller äldre. I Blekinge var andelen hjälpmedel som förskrevs till äldre personer den samma.

Kvinnorna dominerar, 60 procent av hjälpmedlen förskrivs till kvinnor.¹⁴⁶ En rimlig förklaring till dessa skillnader skulle kunna vara att kvinnorna lever längre och därmed får ett ökat behov av hjälpmedel. Det styrks av ovan redovisade siffror från Hjälpmedelsutredningen. Sambandet mellan ålder och hjälpmedelsbehov är tydligt.

¹⁴⁵ Dir. 2015:134 och dir. 2016:81.

¹⁴⁶ Socialstyrelsen. *Hjälpmedel i kommuner och landsting. En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

Skillnader beroende av kön och ålder

Det finns betydande skillnader mellan hur hjälpmedelsbehovet tillgodoses för personer som är över respektive under 65 år. Det finns också skillnader mellan män och kvinnor som inte bara kan förklaras med kvinnornas högre medellivslängd. Ser vi till fördelning av hjälpmedel i åldersgruppen 18–64 år är den i stort sett identisk med den som gäller den äldsta åldersgruppen. Mot den bakgrunden behövs ytterligare undersökningar som kan förklara sambandet mellan kön och hjälpmedelsbehov.

En studie från hjälpmedelsverksamheten i Örebro län visar ett liknande resultat. Studien omfattar endast förhållandena i ett län men det är samma tendens som i Socialstyrelsens rapport, om än något tydligare.

- Kostnaderna för hjälpmedel som förskrivs till kvinnor var lägre
- Hjälpmedelskostnaderna var lägre för äldre personer och lägst för de äldsta kvinnorna.
- Fler rollatorer skrevs ut till kvinnor, medan de som fick elektriska rullstolar med manuell styrning i huvudsak var män
- I åldersgruppen 65–74 år skrevs fler hörapparater ut till män. Det var dock ingen skillnad mellan könen i hur tekniskt avancerade de var. För andra åldersgrupper var det inga större skillnader mellan könen vad gäller hörapparater.¹⁴⁷

Det kan finnas naturliga förklaringar till vissa av dessa skillnader men vad de beror på behöver undersökas ytterligare. Varför behöver män i större utsträckning en elektrisk rullstol medan kvinnorna tilldelas en rollator? Varför är det skillnader mellan kvinnor och män vad gäller förskrivning av hörapparater? Det behöver inte vara så att kvinnorna missgynnas vid förskrivning av hjälpmedel. Men vi vet inte. Det är viktigt att säkerställa att var och en erhåller de hjälpmedel som hen bäst behöver.

En svårighet när orsakerna till skillnaderna ska analyseras är bristerna i den statistik som samlas in. Socialstyrelsen har bl.a. pekat på att de icke individmärkta hjälpmedlen (ungefär 40 procent

¹⁴⁷ Örebro läns landsting. *Hållbar jämställdhet 2012–2013 Genderbudget på förvaltningen för habilitering och hjälpmedel. Resultatrapport*. Örebro: Örebro läns landsting, 2013.

av de hjälpmedel som förskrivs till personer 65 år och äldre) inte ingår, och att de nationella hälsodataregistren bara omfattar förskrivningar av läkare, inte av de yrkesgrupper som vanligen förskriver hjälpmedel.¹⁴⁸

Ålder i sig får aldrig ha betydelse för vilka hjälpmedel som förskrivs. De skillnader vi ser i dag behöver utredas ytterligare. Jag gör också den bedömningen att vi måste få bättre kunskap om de könsskillnader som gäller för äldre personers tillgång till hjälpmedel. För mig är det en jämställdhetsfråga som i grunden handlar om att hjälpmedlen måste förskrivas enbart efter behov och att vi inte ska godta skillnader som inte är relevanta. Rätt hjälpmedel för rätt person är en viktig förutsättning för att kunna leva ett aktivt och självständigt liv.

Kommunernas hjälpmedelsansvar

Det framgår av Socialstyrelsens statistik att äldre i högre utsträckning får sina hjälpmedel från kommunerna än övriga åldersgrupper. Ofta hanterar den kommunala hjälpmedelsverksamheten mindre avancerade produkter. Det kan vara en bidragande orsak till att äldre oftare än de yngre får lite enklare hjälpmedel, som inte kräver någon längre träning för att kunna använda.

Av en rapport från Socialstyrelsen framgår att verksamhetscheferna bedömer att kompetensutvecklingsbehovet vid de kommunala hjälpmedelscentralerna är större än vid dem som drivs av landstinget. Skillnaderna är genomgående om än inte alltid så stora.¹⁴⁹

De förslag om förstärkningar på hjälpmedelscentralerna som hjälpmedelsutredningen avser att föreslå vill jag understödja.

Äldre personer är i högre grad än övriga missnöjda med hur uppföljningen sker för beviljade hjälpmedel. De vill få hjälp av någon för att bättre få reda på om de använder hjälpmedlet på rätt sätt. Många kan också ha glömt vissa funktioner på det hjälpmedel som beviljades. En väl fungerande hemrehabilitering är viktig, som jag belyst ovan.

¹⁴⁸ Socialstyrelsen. *Indikatorer inom hjälpmedelsområdet*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁴⁹ Socialstyrelsen. *Hjälpmedel i kommuner och landsting. En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

10 Sammanhållen vård och omsorg

10.1 Sammanhållen vård och omsorg

Kedja eller fläta?

Det talas ofta om behovet av en ”väl fungerande vård- och omsorgskedja”. Så gör också direktiven till denna utredning. Begreppet kan vara vilseledande, och jag har valt att undvika det i detta betänkande. För de personer som behöver vård och omsorg är det sällan tal om en vårdkedja. För den äldre personen med flera omfattande och komplexa sjukdomar och svårigheter att klara sin vardag själv finns inte vårdkedjans början och slut med länkar som hakar i varandra, utan snarare kontinuerliga och samtidiga insatser. Ibland talas det om en vårdfläta, eftersom insatserna behöver gripa in i varandra, och vara samordnade.

Svårigheterna för de båda huvudmännen att samverka togs upp redan i den av Gunnar Sträng ledda Åldringsvårdsutredningen (SOU 1956:1). De problem som påvisades i den utredningen är ännu inte lösta.

I detta kapitel används begreppet *samverkan* för att ange huvudmännens och vård- och omsorgsgivarnas skyldighet att arbeta mot ett gemensamt mål, så som det t.ex. uttrycks i samverkansavtal. Begreppet *samordning* används dels om olika former för organisatorisk samordning, dels på individnivå när en vårdkoordinator, biståndshandläggare, fast vårdkontakt eller annan funktion verkar för att olika aktörer ska veta om varandra och agera samordnat. Begreppet *samarbete* används i detta kapitel främst för att beskriva lagarbete, med en organisatorisk och mer fast struktur, t.ex. ett team sammansatt av olika professioner.

Kapitlet är strukturerat så, att jag belyser dessa tre vägars möjligheter och begränsningar. Jag inleder med att beskriva de grupper av äldre personer som har störst behov av att få en sammanhållen vård

och omsorg. I den sista delen av detta kapitel redovisar jag mina bedömningar och förslag.

Samverkan i lagstiftningen

Både socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ger kommunerna och landstingen skyldighet att samverka om vården och omsorgen om äldre personer både på övergripande nivå och på individnivå.

- Socialtjänstens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, med organisationer och andra föreningar. (3 kap. 5 § SoL)
- Kommunen ska planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 8 § andra stycket SoL)
- I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (8 § HSL). Motsvarande bestämmelse för kommunerna finns i 21 § HSL¹.
- På individnivå finns samverkansbestämmelser om samordnad individuell plan både i socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (3 f § HSL), vilket jag återkommer till längre fram i detta kapitel.
- Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, den s.k. betalningsansvarslagen, reglerar med ekonomiska styrmedel samverkan mellan huvudmännen vid utskrivning från slutenvård.

¹ Riksdagen beslutade den 1 februari 2017 i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). De paragrafer som hänvisas till i detta kapitel finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om huvudmännens respektive ansvar. De lagstadgade ansvarsområdena utgör kommunens respektive landstingets grundfäste för att skapa den bro som samverkan kan utgöra. Den sekretess som råder mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och mellan huvudmännen och att det även i övrigt är olika bestämmelser som styr socialtjänst och hälso- och sjukvård påverkar detta ”brobygge”. I nuläget kan brobyggandet göras på många olika sätt, såsom jag beskriver nedan, och jag kommer inte gå närmare in på olika lösningar för hantering av samtycke till utbyte av uppgifter eller de olika samverkansformerna, såsom gemensam nämnd och kommunalförbund.

Hemsjukvård

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hemsjukvården för äldre personer i ordinärt boende.

Min bedömning: Regeringen bör ta ställning till om kartläggningen även ska omfatta kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i särskilda boendeformer och dagverksamheter, och om den ska inbegripa läkarinsatser i ordinärt boende och den specialiserade hemsjukvården. Ställning bör också tas till om en kartläggning ska göras av hemsjukvården för andra åldersgrupper. Regeringen bör också ta ställning till om uppdraget ska inkludera att ta fram nya indikatorer för att på nationell nivå kunna följa utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården.

Sedan Ädel-reformen är både landstingen och kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård. Kommunerna har ansvar för viss hälso- och sjukvård avseende långvarig vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvård för personer som får insatser i ett korttidsboende. Ett av målen med Ädel-reformen var att insatser som ges enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen i kommunerna skulle integreras. Kommunernas ansvar regleras, som jag redovisat i kapitel 7, dels i lag, dels genom avtal.

Samtliga kommuner har sedan 1 januari 1992 ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamheter, med undantag för hälso- och sjukvård som ges av läkare.²

I hälso- och sjukvårdslagen anges vidare att landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordi-närt boende (hemsjukvård) till en kommun inom landstingets geo-grafiska område.³ Även när det gäller hemsjukvård omfattar det inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.⁴

I en kartläggning Socialstyrelsen genomförde 2008 på regering-ens uppdrag framkom att det skett en utveckling mot att allt fler personer fick hälso- och sjukvårdsinsatser i sitt hem. Patienterna hade fått bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjuk-vårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret samordnats i ett huvud-mannaskap. Kommunerna hade större möjligheter att fokusera på äldre personer med behov av hemsjukvård vid olika tider på dygnet. Det underlättade också samordningen med hemtjänsten. Samtidigt noterades brister, som för liten tillgång till läkare, för stort antal delegeringar per sjuksköterska, dålig åtkomst till journalanteck-ningar samt hur gränsdragningen gjorts mellan ett landsting och kommunerna i länet. Socialstyrelsen pekade också på avsaknaden av en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och innehåll.⁵

Det har inte efter denna kartläggning 2008 genomförts någon ny på nationell nivå. Det saknas därför aktuell kunskap om hur hemsjukvården är organiserad och dimensionerad, hur väl gränsdragningen mellan ett landsting och kommunerna fungerar och hur patienterna tillförsäkras en god och säker hälso- och sjuk-vård.

I alla län utom Stockholms län har kommunerna tagit över hem-sjukvården. I några län som tog över ansvaret för hemsjukvården i samband med Ädel-reformen 1992 eller senare har avtalen om hemsjukvård omförhandlats mellan landsting och kommuner. I Stockholms län har beslut tagits under 2016 om att fortsätta arbetet med kommunalisering av hemsjukvården.

² 18 § första stycket och 18 § fjärde HSL.

³ 18 § tredje stycket HSL.

⁴ 18 § fjärde stycket HSL.

⁵ Socialstyrelsen. *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.

Vidare har hemsjukvården utvecklats och förändrats under de tjugofem år som har gått sedan Ädel-formen 1992. Både den allmänna utvecklingen av hälso- och sjukvården och vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kan utföras i ordinärt boende på ett patientsäkert sätt har förändrats.

För att staten ska kunna ta ställning till hur den kan stödja en samordnad vård och omsorg om äldre personer behövs aktuell kunskap om bl.a. vad hemsjukvården i ordinärt boende omfattar, hur den är uppbyggd och fungerar för den äldre personen liksom för personal, vård- och omsorgsgivare samt huvudmän.

Hälso- och sjukvård som ges av läkare ingår inte i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar, vilket kan försvåra att få en sammanhållen vård och omsorg. I ett uppdrag till Socialstyrelsen bör därför ingå att kartlägga omfattningen av de läkarinsatser som ligger inom landstingens ansvar, hur samarbetet fungerar mellan läkare och den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende och om det finns motiv att ge kommuner möjlighet att anställa läkare.

I de flesta län har landstingen ansvaret för den avancerade hemsjukvården, vilket kan ge gränsdragningsproblem. I många län används den så kallade tröskelprincipen (se kapitel 7) för att definiera vilka patienter som ska ingå i det kommunala ansvaret. I den nationella kartläggningen bör ingå att se över hur gränsdragningen mot mer avancerad hemsjukvård fungerar för den äldre personen, liksom om de gränsdragningar som gjorts för att definiera patientgruppen är bra utifrån ambitionen att ge den äldre personen kontinuitet i vård och omsorg.

Regeringen bör ta ställning till om uppdraget även ska omfatta kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i särskilda boendeformer och dagverksamheter.

I uppdraget till Socialstyrelsen bör också ingå att ta fram förslag till nya indikatorer för att bättre kunna följa utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården.

Då mitt uppdrag avser vård och omsorg om äldre personer avgränsas mitt förslag till kartläggning av hemsjukvård för äldre personer. Ansvaret i lag och avtal omfattar även andra åldersgrupper och insatser. Regeringen bör därför inför ett sådant uppdrag ta ställning till om kartläggningen också ska omfatta hemsjukvård till andra åldersgrupper.

Äldre personer med stora och sammansatta behov

Många av de äldre personer som har äldreomsorg har någon eller några timmar hemtjänst i veckan, ingen hemsjukvård och tydliga diagnoser när de uppsöker sin läkare på vårdcentralen. För dem är samverkan oftast inget problem och samordningen klarar hen själv.

Det är äldre personer med stora och sammansatta behov som, för att få ett fungerande liv, är beroende av en trygg och sammanhållen vård och omsorg. Äldre personer med stora och sammansatta behov är en heterogen grupp. Det är inte bara personer med fysiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det kan också handla om t.ex. personer som åldras med utvecklingsstörning och drabbas av en demenssjukdom eller personer som levt med en allvarlig psykisk funktionsnedsättning och har allvarliga fysiska problem som i vissa fall kan bero på läkemedelsbehandling och eftersatt fysisk hälsa.

För äldre personer med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk finns en rad brister i hur vården och omsorgen är organiserad. Det brister alltför lätt i samspelen mellan slutenvård och primärvård⁶ liksom mellan primärvård och äldreomsorg. Rehabiliteringsinsatserna kan vara splittrade och kortvariga. Insatserna från de olika aktörerna är ofta reaktiva, inte proaktiva. Det finns allt för sällan någon som tar ett helhetsansvar. Det gäller såväl mellan som inom huvudmännen och mellan olika vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Om det finns anhöriga kan de ofta uppleva att de har en ensam roll i sin uppgift att stödja den närstående där hen får stort ansvar att koordinera och samordna vården och omsorgen.⁷

Som jag redovisat i kapitel 7 är detta ingen stor grupp. De som har omfattande insatser från både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen utgör under ett år bara två procent av de äldre. Med en vidare definition av den grupp som benämns ”de mest sjuka äldre” kan den uppgå till cirka tio procent av de äldre, vilket är knappt 200 000 personer.

⁶ Socialstyrelsen. *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017.

⁷ Se t.ex. Gurner, Ulla. *Utanför sjukhuset, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*. Stockholm: SKL 2012.

Med en sådan, relativt sett, liten målgrupp bör det vara rimligt att kunna hitta fungerande lösningar som kan göra det möjligt för den äldre personen att välja en vård och omsorg som är sammanhållen.

Problematiken är motsvarande för en rad andra grupper i olika åldrar och med stora och sammansatta behov. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppskattar att antalet personer med ett relativt komplext samordningsbehov uppgår till cirka en miljon.⁸

Aktörerna som ska samverka

Det kan vara många aktörer runt en äldre person med stora och sammansatta behov. Basen för vården och omsorgen utgörs oftast av undersköterskorna och sjuksköterskan i hemsjukvården. Det är inte givet att de finns i samma organisation, ens om sjuksköterskan också är kommunanställd. Andra viktiga aktörer är biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, allmänläkare och/eller geriatriker. Andra viktiga aktörer kan t.ex. vara annan specialistläkare, dietist, logoped och personal från syn- och hörcentraler.

Vanligen befinner sig dessa olika professioner i olika organisationer, hos olika huvudmän och var och en med sin kultur och sitt språk.

Det är som jag belyser närmare i avsnitten 10.6 och 10.7 ingen självklarhet att de har en gemensam dokumentation, tvärtom så saknas ännu de rättsliga förutsättningarna för en gemensam vård- och omsorgsjournal.

Varför är det svårt med samverkan?

När man nu påtalat brister i samverkan under så många år, och alla är överens, varför fungerar det då inte? Bristande samverkan kostar pengar, skapar irritation mellan personal och framför allt gör det sämre och otryggare för den äldre personen och hens anhöriga.

⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:1.

Det finns förstås många orsaker, alla kan jag inte belysa här. En är måhända den mänskliga naturen, att hen känner sig trygg i sitt eget arbetslag och sin egen organisation, och att de som hen ska samarbeta med lätt blir ”de andra”. Var och en som haft anledning att intervjua personal inom t.ex. primärvården, biståndshandläggare och hemtjänstenheter har nog slagits av hur lätt det är att förlägga problemen hos den andra parten. Detta är nog ett fenomen som finns inom alla verksamheter där det krävs att man samverkar.⁹

En annan orsak ligger i att det, kanske särskilt i större städer, skett en förändring av det områdesansvar som funnits, särskilt för distriktssköterskan och för den funktion som benämndes hemvårdsassistent. Husläkarreformen på 1990-talet förändrade distriktssköterskerollen. Uppdelningen av rollen som hemvårdsassistent i biståndshandläggare och enhetschef som i många kommuner genomfördes ungefär samtidigt skapade andra geografiska gränser. Det fanns inte längre en enkel geografisk samhörighet mellan distriktssköterska och hemtjänst. Kundval och vårdval hade som sin baksida en ökad fragmentisering av vård och omsorg.

Även om uppdraget till husläkare, rehabilitering och hemtjänst nog alltid är att de ska samverka med varandra, så är fokus inte på detta varken i styrning eller i uppföljning. Tvärtom kan en detaljerad styrning från huvudmännen vad en verksamhet ska uppnå, och hur det följs upp, styra bort fokus från allt det som ligger i gränslandet mot andra vård- och omsorgsgivare. Trots krav på samverkan så utgår lagar, förordningar och avtal från att varje organisatorisk enhet utgör en separat juridisk enhet med tydligt avgränsat ansvar.¹⁰

Det finns också ekonomiska incitament som kan motverka samverkan. Samverkan kan upplevas som att det tar tid. Tid kostar. Och verksamheten måste klara sig inom den budgetram den har. Den kan vara beroende av att hinna med så många patienter, eller omsorgstagare, som möjligt. Och om tid som inte är med den äldre personen inte ger några intäkter, så är det lätt eller ekonomiskt

⁹ Widmark, C, Sandahl, C, Piuva, K och Bergman, D. What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and inter-organizational collaboration in the welfare sector. *J Interprof Care* (2016) 30(1):50-5.

¹⁰ Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jan och Winberg, Hans. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care rapport 1/2014.

tvingande att exempelvis prioritera bort samverkansmöten och gemensamma vårdplaneringar.

Dagens ersättningssystem tenderar ofta att öka fragmentiseringen mellan verksamheter, eftersom uppmärksamheten riktas mot enskilda utförarens prestationer och resultat snarare än resultatet av den sammantagna vård- och omsorgsprocessen.¹¹

Samverkansproblem mellan hemtjänst, hemsjukvård och landstingens primärvård kan bli större när de ekonomiska resursbegränsningarna tilltar.¹²

Bristerna i samverkan och samarbete mellan sjukvård och socialtjänst är ingalunda bara ett svenskt fenomen, utan är också ett stort och växande internationellt problem såväl för de äldre personerna som för vård- och omsorgsgivarna. I den internationella litteraturen används ofta begreppet ”integrated care” som ett paraplybegrepp för att uttrycka behovet av samordning av insatser för personer med stora behov av vård och omsorg. Integrated Care – med olika begrepp som ”case management”, ”shared care”, ”comprehensive care”, ”seamless care” och ”transmural care” – betecknar försök att hantera de många gånger splittrade vård- och omsorgssystemen.¹³

10.2 Samverkan – vägen till sammanhållen vård och omsorg?

Samverkansavtal

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Samverkansavtal torde vara den vanligast förekommande modellen för att hantera gränssnitten mellan huvudmännen.

Enligt överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att förbättra för de mest sjuka äldre (2010–2014) skulle det finnas en struktur för ledning och

¹¹ Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jan och Winberg, Hans. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care rapport 1/2014.

¹² Kraus Kalle. *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldre vården*. Stockholm: EFI Handelshögskolan 2008.

¹³ Øvretveit, Jon och Brommels, Mats. *Review of research into comprehensive integrated care systems*. Stockholm: The Medical Management Centre. Karolinska institutet, 2011.

styrning i samverkan i varje län. SKL initierade Ledningskraft¹⁴ som ett stöd för regioner, landsting och kommunförbund i samverkansarbetet.

Statskontoret redovisade i sin utvärdering av regeringens stöd till vård och omsorg för de mest sjuka äldre att samtliga län byggt upp strukturer för samverkan mellan kommunerna och landstinget på en övergripande nivå. Vården och omsorgen hade inte blivit mer sammanhållen, och varaktigheten i de förbättringar som uppnåddes under projektiden var inte säkrade.¹⁵

I intervjuer med lokala verksamhetsföreträdare som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (i fortsättningen benämnd Vårdanalys) gjort framkommer ofta uppfattningen att samverkansavtalen visserligen gör ansvarsfördelningen tydligare, men att man i stället skapar gråzoner där ingen tar ansvar. Samverkansavtalen handlar enligt de intervjuade ofta mer om att dela upp ansvar än att samordna sig så att det faktiskt blir bättre för patienten och brukaren.¹⁶

Samverkansavtalens viktigaste funktion synes vara att de kan skapa ett ramverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas – förutsatt att det finns en kontinuitet så att man lär känna varandra. Det är ju en förutsättning för att få kunskap om och respekt för varandras roller, och ger arenor för att lösa samverkansproblem. Även med stora ambitioner och tydlighet i avtalet kan det dock vara svårt att få avtalet att landa hos de olika parter och många medarbetare som ska samverka.¹⁷

Det ligger en stor sanning i att samarbete inte är något man talar om – man gör det. Det är i det konkreta samarbetet i den äldre personens vardag som både svårigheterna och möjligheterna finns. I samarbetet kan också den äldre personen och hens anhöriga ingå

¹⁴ Ledningskraft var ett chefsstöd som SKL introducerade för att chefer från kommuner och landsting ska kunna forma ett team för att genomföra den gemensamma handlingsplan som utarbetades i alla län inom ramen för Bättre liv för sjuka äldre.

¹⁵ Statskontoret. *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärderingen av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*. Stockholm: Statskontoret 2015:18.

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:1.

¹⁷ Se t.ex. Gurner, Ulla, Norén, Dag, Bowin, Rolf och Brinne, Agneta. *Äldreteam vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:7.

och tillsammans med ”teamet” blir de medskapare av vården och omsorgen. Det kan också bidra till bättre samverkan då det blir tydligt vem som är central för samarbetet – den äldre personen själv.

Ekonomiska incitament

Tre principer för ersättning som främjar samverkan mellan enheter kan identifieras:

- Viktning av den målgrupp som har behov av samverkan.
- Aggregering av ersättningen till de verksamheter som ska samverka.
- Direkt ersättning för samverkansaktiviteter.¹⁸

De tre principerna är avsedda att hantera orsaker till bristande samverkan som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till.

Viktning ska uppmuntra utförare att prioritera personer med stort samverkansbehov. Högre besöksersättning för patienter med flera livslånga sjukdomar och högre ersättning för hembesök hos äldre personer är två exempel. Det kan i och för sig innebära att t.ex. en vårdcentral gärna tar emot äldre personer med stora och sammansatta behov, men behöver inte innebära att de därför är mer beredda att samverka med hemtjänsten.

Aggregering ska uppmuntra vård- och omsorgsgivare att arbeta mot gemensamma resultat. Ett problem med den ersättningsformen är att om inte alla de samverkande aktörerna svarar upp mot beställarnas krav så får inte heller de ”skötsamma” någon ersättning. En grundläggande princip i ersättningssystem brukar vara att en enskild verksamhet bara ska ersättas för det som den verksamheten har rådighet över. Det kan också vara svårt att mäta god samverkan.

Direkt ersättning för samverkansaktiviteter är en tredje form. Ett exempel är särskild ersättning för att delta i samordnad individuell vårdplanering. Det kan dock innebära att aktiviteten i sig

¹⁸ Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care rapport 1/2014.

prioriteras, inte syftet med den – att göra något för pengarnas skull blir inte av sig själv rätt. Alltför stort fokus på mätning och ersättning av specifika aktiviteter kan leda till oengagerad konformitet snarare än produktivt engagemang och handling. Alltför detaljerade ersättningssystem kan försvåra samverkan i praktiken.¹⁹

I de fall då utfallet av insatserna kan mätas kan en gemensam ersättning vara värd att pröva. Det gäller främst i de fall där samverkan mellan olika aktörer är en förutsättning för goda resultat. Ett exempel är ADL-förmåga ett år efter en stroke.

10.3 Samordning – vägen till sammanhållen vård och omsorg?

Samordning av olika aktörers vård- och omsorgsinsatser kan ske på olika sätt. Den i såväl hälso- och sjukvårdslag, som socialtjänstlag påbjudna samordnad individuell planering (SIP) är ett exempel, stadganden om fast vårdkontakt inom hälso- och sjukvården ett annat. Försöksverksamheter har genomförts med en individuell samordnare. Samhandlingsarenor/nätverk och samlokalisering kan ses som mer informella sätt att uppnå en ökad samordning.

Samordnad individuell plan (SIP)

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att, efter samråd med Socialstyrelsen, genomföra en uppföljning och utvärdering av hur samordnad individuell plan (SIP) används, dess effekt för den äldre personen och hur den bidrar till en mer samordnad vård och omsorg av äldre personer.

¹⁹ Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care rapport 1/2014.

Min bedömning: Intentionerna med en samordnad individuell plan (SIP) är goda. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram vägledningar för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal. Det finns i dag ingen kunskap om hur SIP används, eller om den har förutsättningar att vara det verktyg för att säkra samverkan och samarbete som den är tänkt att vara.

Bestämmelsen om samordnad individuell plan (SIP) finns både i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. När någon behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en samordnad individuell plan. Om personen själv begär det ska hen som regel få en samordnad individuell plan. Personal från såväl kommun som landsting liksom andra aktörer kan ta initiativ till SIP, givet att personen själv samtycker.

Regeringen lyfter i en lagrådsremiss om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård vikten av SIP: ”Om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna ... Planen får upprättas om patienten samtycker till det”.²⁰

En SIP ska innehålla det totala behovet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt insatser som utförs av andra aktörer. Den ska innehålla vem som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Situationen och personens behov ska styra vilka som ska delta i att upprätta planen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en handledning.²¹

I kommuner med många utförare inom kundvalets och vårdvalets ram kan SIP vara ett sätt att hantera problemen att samarbeta med många andra aktörer. Även om man som distriktssköterska kan ha 20 hemtjänstutförare att samverka med, och hemtjänsten flera olika husläkarmottagningar, så har den äldre personen bara

²⁰ Lagrådsremiss. *Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Regeringen 2016-12-20, s. 70.

²¹ Sveriges Kommuner och Landsting. *Samordnad individuell plan för äldre (SIP). När det behövs samordning*. Stockholm: SKL 2016.

valt en husläkarmottagning och en hemtjänstenhet.²² Då blir samverkan mer möjlig.

Ännu har bara drygt hälften av kommunerna utarbetat rutiner inom äldreomsorgen för att informera om rätten till samordnad individuell plan.²³

I en rapport från Vårdanalys görs bedömningen att vårdplaner vid utskrivning från sjukhus och samordnade individuella planer (SIP) inte är fungerande planer för samverkan. De samordnade individuella planerna tenderar enligt Vårdanalys att ses som en pappersprodukt snarare än en fungerande plan för samordning, och det är vanligt att viktiga aktörer inte deltar när den samordnade planen ska upprättas.²⁴

Socialutskottet beslutade den 8 december 2016 att följa upp och utvärdera bestämmelsen om SIP. Studien ska enligt beslutet inrikta sig på äldre multisjuka samt barn med funktionsnedsättning.²⁵

Kunskapsunderlaget är svagt vad gäller om SIP överhuvudtaget används i någon nämnvärd omfattning inom vård och omsorg om äldre personer, och om den gör det, om den svarar mot sitt syfte att stärka samarbetet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att, efter samråd med Socialstyrelsen, följa upp hur SIP fungerar och vilka utvecklingsbehov som kan finnas. Inom ramen för en sådan uppföljning bör särskilt följas om SIP stärker den äldre personens möjlighet till reellt inflytande och vad som kan krävas av vård- och omsorgsgivare för att SIP ska fungera som den är tänkt.

Fast vårdkontakt

Den 1 juli 2010 infördes en ny bestämmelse i 29 a § HSL att en verksamhetschef ska utse en fast vårdkontakt för patienten om det är nödvändigt och patienten själv begär det. Enligt patientlagen (2014:821), PL ska patienten få information om bl.a. fast läkar-

²² En person kan ha insatser från flera hemtjänstutförare beroende av när på dygnet och veckan insatserna ska ges, men det är i många fall en hemtjänstenhet som har huvudansvaret.

²³ www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorgochhemsjukvard (hämtad 2016-10-22).

²⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:1.

²⁵ www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/utskottens-protokoll/protokoll-utskottssammantrade-20161717_H4A1SoU17p (hämtad 2017-01-30).

kontakt (3 kap. 2 § moment 1 PL). Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare (PAL). Syftet är att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

I likhet med SIP har det tagit tid att etablera denna nya samordningsform. Dess värde är osäkert. Av en uppföljning Socialstyrelsen gjorde året efter det att lagen trätt i kraft hade bara 14 procent av kommunerna och en femtedel av landstingen tagit fram rutiner för hur en fast vårdkontakt ska arbeta. Få landsting hade då information om fast vårdkontakt på landstingens informationswebbplats 1177.²⁶

I en artikel i Läkartidningen redovisas en enkät som Läkarförbundet gjort 2016. Två av tre läkare anser att bestämmelsen om fast vårdkontakt haft liten betydelse för att öka läkarkontinuiteten. En betydande del av läkarkåren (44 procent) uppger att de har låg eller ingen kännedom om bestämmelsen och närmare två av tre anser att de fått för liten information om den.²⁷

I slutbetänkandet *Effektiv vård* från den Nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården görs bedömningen att fast vårdkontakt varken haft betydelse för samverkan eller kontinuitet. Samordningsansvaret kan inte bara ligga på läkaren utan på hela teamet, och för att uppnå personkontinuitet krävs en organisation som tar hänsyn till det.²⁸

I lagrådsremissen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård föreslår regeringen att en fast vårdkontakt ska utses av den enhet inom den öppna hälso- och sjukvården som tar emot ett inskrivningsmeddelande, om patienten inte redan har en fast vårdkontakt.²⁹

²⁶ www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18864/2012-10-21.pdf (hämtad 2016-11-14).

²⁷ Lövtrup, Michael. Fast vårdkontakt liten effekt på kontinuiteten. *Läkartidningen*, 21/2016.

²⁸ SOU 2016:02. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*. s. 260.

²⁹ Lagrådsremiss. *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Regeringen 2016-12-20.

Underlätta samordning med digital teknik

Vård på distans blir alltmer vanligt i glesbygd, och möjliggör ett virtuellt teamarbete. I Västerbottens läns landsting, för att nämna ett exempel, har det möjliggjort multidisciplinära konferenser, konsultationer, distansmottagningar, vårdmöten inom psykiatri och något som kallas virtuella hälsorum.

Det första hälsorummet invigdes 2013 i byn Slussfors mellan Storuman och Tärnaby. En del i detta är ett videokonferenssystem som möjliggör möten med läkare, sjuksköterska, logoped eller sjukgymnast. Detta virtuella hälsorum är också en mötesplats för andra yrkes- och patientgrupper. Västerbottens läns landsting har beslutat att hälsorum ska etableras i 20 kommuner. Det finns ännu ingen vetenskaplig utvärdering varken av denna arbetsform eller av annan vård på distans. I intervjuer landstinget i Västerbotten gjort med personal framkommer olika bedömningar av hur de äldre patienterna ser på virtuell vård.³⁰

Samordnad vårdplanering via videokonferens används numera inte bara i glesbygd utan även i storstad. Som ett exempel kan nämnas att vid en av de geriatriska klinikerna i Stockholms län sker hälften av vårdplaneringarna med videoteknik.

Individuell samordnare

Mina bedömningar: En individuell samordnare kan underlätta t.ex. att en samordnad individuell plan (SIP) kommer till stånd, och att den äldres behov blir lyssnade på. Det finns dock ännu inte tillräckligt kunskapsstöd för att rekommendera en sådan funktion.

En utsedd samordnare på kommunnivå kan verka för att det finns fungerande rutiner och strukturer för samarbete mellan huvudmännen och olika vårdgivare.

³⁰ Molén, Thomas och Holmner, Åsa. *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting. Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*. Västerbottens läns landsting och Glesbygdsmedicinskt centrum, 2016.

Koordinator, internationellt sett ofta benämnd Case Manager och i Sverige individuell samordnare, är inte så vanlig inom äldrevård och äldreomsorg. Modellen är i Sverige vanligare inom psykiatrin.

En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen rörande värdet av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre visar att det vetenskapliga stödet för effekterna av detta arbetssätt är begränsade eller otillräckliga.³¹

Vissa yrkesfunktioner har en samordnande roll. En (inom hälso- och sjukvården) är den ovan beskrivna fast vårdkontakt, en annan (inom socialtjänsten) är biståndshandläggaren, liksom den äldre personens kontaktman³² i hemtjänsten eller det särskilda boendet. Dessa funktioners begränsning är dock att de inte har mandat att vara huvudmannaskapsöverskridande.

Äldrelots i Blekinge – ett exempel på individuell samordnare

I Blekinge bedrev landstinget och kommunerna under åren 2011–2013 gemensamt en försöksverksamhet med vad som benämndes ”äldrelots”. Den finansierades med statliga stimulansmedel, och var organisatoriskt placerad på Blekinge Kompetenscentrum. Inspiration hade hämtats såväl lokalt (demenssjuksköterskor) som internationellt (Case Manager). Lotsen skulle ha två uppdrag; att stödja den äldre personen i att få sina behov identifierade och tillgodosedda, och att översätta det lotsen sett på individnivå till organisationsnivå; identifiera brister i vården och omsorgen, och vad som saknas i befintligt utbud. Samtalet var grunden i lotsarnas arbete, att lyssna på den äldres berättelse, bygga upp en tillit.³³

En erfarenhet var att det först är när personal får tiden att lyssna på den äldre personen som behoven blir synliggjorda. När relationen byggts upp kunde det komma fram andra behov, som inte var så tydliga från början.

³¹ Socialstyrelsen. *Effekter av individuell samordning/samordnare av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en systematisk översikt*. Stockholm: Socialstyrelsen 2013.

³² En kontaktman i hemtjänsten eller i särskilt boende ansvarar för att tillsammans med den äldre personen planera för hur och när olika omsorgsinsatser ska genomföras, ha kontakt med anhöriga m.m.

³³ Hjelm, Markus. *Case management for older persons with multi-morbidity. Experiences of an intervention from the perspectives of older persons, family members, case managers and health and social care staff members*. Diss. Lunds universitet, 2016.

Målgruppen var från början den snävaste definitionen av de mest sjuka äldre (se kapitel 7), mycket stora behov av både vård och omsorg. Det visade sig inte möjligt att göra den avgränsningen eftersom det inte är förenligt med nuvarande lagstiftning att samköra landstingets och kommunernas register. Därmed kunde inte målgruppen identifieras utan andra sätt att nå ut med erbjudandet om äldrelots prövades.

Utvärderarna från Blekinge Tekniska Högskola kunde urskilja och kategorisera tre grupper av användare av en äldrelots;

- ”Nykomlingen”, som har ett uttalat behov av stöd och hjälp att orientera sig i kontakter med vård- och omsorg. Äldrelotsen kan fungera som mentor/coach och informera och stödja den äldre personen och, i förekommande fall, också hans anhöriga att klara sig på egen hand.
- ”Den rutinerade”, äldre personen som inte lika ofta använder äldrelotsen men som kan uppskatta värdet av en samtalspart vid behov.
- ”Den ömtålige” äldre personen, som kan sakna förmåga att själv agera. Lotsen kan bidra med direkt stöd i form av att koordinera insatser eller att ta kontakt med olika aktörer för den äldres räkning.³⁴

En fråga är om rollen som lots kan tas av personal som redan finns nära den äldre personen, som distriktssköterskan och biståndshandläggaren? Båda har en sådan funktion i sin yrkesroll och i intervjuer med personer som på olika sätt ingått i projektet återkom ofta funderingen att så här arbetade väl distriktssköterskorna tidigare? Fördelen för den äldre personen om rollen som lots ligger på någon som redan har kontakt med denne är att hen inte behöver möta ännu fler olika personer.

I en nationell utvärdering där äldrelots i Blekinge ingick angavs att fördelen med en lots som inte hör till någon av huvudmännen eller till en viss arbetsenhet är att hen kan röra sig fritt i systemet och är neutral. Det är då lättare att få förtroende både hos den äldre

³⁴ Lengstedt, Anna och Fagerström, Cecilia. *Äldres Bästa. Äldrelots i Blekinge. En brobyggare för delaktighet och trygghet bland de mest sjuka äldre*. Karlskrona: Blekinge Kompetenscentrum rapport 2015:4.

personen och hos vårdens och omsorgens aktörer. Det är också lättare att se den äldre personens önskingar och möjligheter, att vara behovs- och inte insatsstyrd. En fristående lots har inte de begränsningar som t.ex. distriktssköterskan, husläkaren och biståndshandläggaren som bara har en del av helheten och inte har mandat att agera ”gränsöverskridande”.³⁵

Att äldrelotsarna inte tillhörde någon del av landstinget eller kommunen främjade tilliten hos de äldre personerna. Men det var inte alltid som deras ord fick tillräcklig tyngd i deras kommunikation med annan personal inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.³⁶ Om lotsen ska bli lyssnad på av de olika aktörerna inom vården och omsorgen krävs dock att funktionen respekteras, den har ju inget stöd i någon lagstiftning.

Nätverk för att främja arenor för samverkan

Nätverk är exempel på hur arenor kan skapas för att underlätta förståelse för och kunskap om varandra. Platser där personal från sluten- och öppen vård och socialtjänsten kan mötas, lära känna varandra och varandras roller och arbetssituation. Det kan vara i form av gemensamma utbildningar, temamöten och möten med specifika uppdrag att med den äldre personen i centrum identifiera vad som behöver ändras eller förbättras.

I en utvärdering av närvårdssamverkan i södra Älvsborg konstateras att ”lära känna varandra [är] en förutsättning för en ömsesidig samverkan, men också för att få till stånd en bättre sjukvård och omsorg”. Man måste få möjlighet att mötas, personliga relationer är viktigare än en formaliserad samverkan och rutiner. Det är inte givet, menar rapportförfattarna, att den hierarkiska modell som valts i Södra Älvsborg fungerar, kanske skulle en nätverksstyrning fungera bättre.³⁷

³⁵ Hagman, Lisbeth. *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2014:6.

³⁶ Hjelm, Markus. *Case management for older persons with multi-morbidity. Experiences of an intervention from the perspectives of older persons, family members, case managers and health and social care staff members*. Diss. Lunds universitet, 2016.

³⁷ Carlén, Margareta, Löfström, Mikael och Theandersson, Christer. *Utvärdering av närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Slutrapport*. Borås: FoU Sjuhärad Valfärd, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser som en förklaring till brister i samverkan och samarbete att den involverade personalen inte har forum eller kontaktytor för att dela med sig av erfarenheter och perspektiv. Olika organisationer har olika språk, värderingar och synsätt, och man kan ha svårt att förstå varandra och varandras uppdrag.³⁸

Ett nätverk låter sig inte inordnas i traditionella styr- och ledningssystem. Inom nätverkets ram kan olika förändringsverktyg användas, som utbildning, genombrottsmetodik, framtidsverkstad etcetera. Men nätverket är inte ett verktyg som kan tas fram ibland. Nätverk är snarare en kultur som behöver genomsyra såväl ledning som utförare. Utgångspunkten är att kunskapen finns nära den äldre personen, hos de som dagligen möter hen. Genom att konsekvent ha den äldre personen i fokus ska personalen kunna lyfta sig från ett personal- och organisationsperspektiv. Kulturen bör därför vara tillåtande – att få utforma lokala lösningar och att ha beslutanderätt långt ut i organisationen.

Esther – ett exempel på nätverk

En inspiratör för flera nätverk inom vården och omsorgen om äldre personer är nätverket Esther på Småländska höglandet. Dess målsättning är sedan starten 1997 att ”genom samverkan i ett hållbart och handlingskraftigt nätverk kan Esther uppleva trygghet och oberoende”. Nätverket har haft många olika arbetsformer, som utbildning av Esther-coacher, projektgrupper för att lösa problem som uppmärksammas inom olika områden och gemensamma strategidagar. Nätverket har tillhandahållit olika arenor för möten, som strategidagar, tvärprofessionella utbildningar och möten i kaféform med olika teman etc.

En erfarenhet från detta nätverk och dess ”systrar” på flera håll i landet är att ett samverkansnätverk inte är ett fritt valt arbete, utan en modell som berörda förvaltningsledningar behöver ge ett tydligt mandat. Nödvändigt för överlevnaden är bland annat att det finns en eller flera samordnare, att det på arbetsplatserna finns lokala ombud

³⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:1.

som får utbildning, till exempel i förändringsarbete, och att det finns olika former av arenor där olika professioner och vårdgivare möts. Det behövs en tydlig vilja hos ledning i landsting och kommun att behålla såväl kultur som aktiviteter och att finansiera samordnare.³⁹

Samlokalisering

Ett fungerande samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan växa fram på många sätt, och främjas av om personalen finns under samma tak även om de inte hör till samma organisation.

Det finns positiva erfarenheter av att samlokalisera vårdcentral med ett särskilt boende; att det medförde ett ökat samarbete mellan olika personalkategorier och dessutom ett bättre lokalutnyttjande.⁴⁰

Ett annat exempel är Trygghetens hus i Östersund, där olika samhällsviktiga funktioner samlokaliserats. I en masteruppsats dras slutsatsen att samlokaliseringen gett möjlighet till vardagsumgänge, som i sin tur stärkt relationen mellan personal över organisationsgränser. Vardagsumgänget bidrog till att personalen för de samlokaliserade organisationerna gavs möjlighet, på ett helt annat sätt än om de inte varit samlokaliserade, att lära känna varandra och stärka sina relationer med personal från andra organisationer. För att skapa en vi-känsla behövs en känsla av tillhörighet och en kunskap om dem man räknar in i sin egen grupp.⁴¹

10.4 Samarbete som väg mot en mer sammanhållen vård och omsorg

Med samarbete avser jag i detta avsnitt att man faktiskt arbetar tillsammans, och att det är ett multiprofessionellt samarbete. Struktur och organisatoriska former liksom målgrupper kan skifta. Det har genomförts många försök, varav vissa har blivit permanentade. Några av dem beskrivs i detta avsnitt.

³⁹ Hagman, Lisbeth. *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

⁴⁰ Region Örebro län. *Planeringsföresättningar – Bostäder för äldre*. Örebro: Region Örebro län, 2016.

⁴¹ Hagnestål, Markus. *Samverkan genom samlokalisering. En sociologisk studie om samlokaliseringens påverkan på samverkan i vardagen*. Masteruppsats, Mittuniversitet Östersund, 2012.

Teambaserat arbete

Olika sätt har prövats för att få den helhet i vården och omsorgen som är optimal för personer med stora och sammansatta behov. Att koordinera fungerar bäst där olika insatser samtidigt kan understödja varandra. Att integrera fungerar bäst där patienten eller brukaren har sammansatta behov, hög nivå av beroende, ofta förändrade behov, behov av många olika typer av stöd, behov av hjälp flera gånger per dygn, långvariga behov, upplever svag egen kontroll, har svårt att förflytta sig samt har försvagade sociala strukturer.⁴² Det är kriterier som utmärker gruppen äldre personer med komplexa hälsoproblem och stora omsorgsbehov.

Ofta görs skillnad mellan ”horisontell integration”, att länka samman olika professioner, t.ex. i multidisciplinära team och ”vertikal integration”, samarbete mellan olika vårdnivåer eller utförare, t.ex. team bestående av både sjukvårds- och hemtjänstpersonal.⁴³

Det finns olika modeller eller strukturer beskrivna i den internationella forskningslitteraturen när det gäller att åstadkomma ”integrated care” för sjuka, äldre personer.

Svensk geriatrisk förening har i samarbete med Svensk förening för allmänmedicin och Svensk internmedicinsk förening, utarbetat ett policydokument rörande multisjuka äldre personers vård och omsorg som publicerades hösten 2009. Policyn baserades på att varje multisjuk äldre person skulle ha en ”huvudansvarig vårdgivare”, krav på multidisciplinärt och multiprofessionellt team och vid behov av sluten vård ska den multisjuka äldre personen ha en ”gräddfil”.⁴⁴

Geriatrikern Anne Ekdahl har påvisat positiva effekter av ett teambaserat arbetssätt enligt den så kallade CGA-modellen (Comprehensive geriatric assessment⁴⁵). En randomiserad studie visade på längre levnadslängd för de som inkluderades än jäm-

⁴² Nies, H. Managing effective partnerships in older people’s services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391–399, 2006.

⁴³ Åhgren, R., & Axelsson, R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1–8. 2011.

⁴⁴ Eklund-Grönberg, A., Köhler, M., Ekdahl, Anne., Modin, S., & Sjöberg, A. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen*, 106(40), 2512–2513. 2009.

⁴⁵ Geriatrisk helhetsbedömning fysiskt, psykiskt, socialt, existentiellt och funktionellt, ”geriatriskt helhetsomhändertagande” (Anne Ekdahl i *Äldre i Centrum* 4/2013).

förelsegruppen och färre slutenvårdsdagar, tre år efter att de äldre personerna inkluderades i studien.⁴⁶

TioHundra – ett exempel på kommunnivå

TioHundra-projektet är namnet på en samordning av hälso- och sjukvård och socialtjänst mellan Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun. De båda huvudmännen har gått samman om en gemensam beställarnämnd och ett gemensamt vårdbolag, TioHundra AB. Ett av målen från starten 2006 är att få en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre personer med stora och sammanfattade behov. Den gemensamma nämnden ger möjligheter att forma lösningar över de traditionella huvudmannaskapsgränserna.

Ett exempel är utformningen av kundvalet. Utföraren ska kunna erbjuda både hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering. Delar av den vårdfläta som i många andra kommuner är uppdelad på olika aktörer ligger här hos samma. Dock har den gemensamma nämnden inte tagit steget att också inkludera läkare – läkaren är kvar i primärvården och har inte integrerats i den samordnade hemtjänsten-hemsjukvården (inkl. hemrehabiliteringen) i beställningen till utförarna.

Ett annat exempel är den förstärkning som skett av geriatriken och rehabiliteringen. Geriatriken har fått en tydligare roll i hälso- och sjukvården utanför sjukhuset, vilket skapar förutsättningar för nära samverkan mellan korttidsrehabilitering, dagrehabilitering och hemrehabilitering.

I en utvärdering som genomfördes 2011 noterades värdet av "TioHundraandan" Den gav en potential att forma arenor där engagerad personal kan mötas över professions- och utförargränser, för att fortsätta att utveckla vården och omsorgen, se möjligheter och identifiera brister. Forma nätverk mellan personal oavsett utförare.⁴⁷

⁴⁶ Ekdahl, Anne et.al. Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (Age-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs after 36 Months. *J Am Med Dir Assoc. mars 1;17 (3): 263-8.* 2016. Forskningsstudien var en av de 19 försöksverksamheter som redovisats ovan, beskrivning se Hagman, Lisbeth, *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

⁴⁷ Schön, Pär, Hagman, Lisbeth och Wänell, Sven Erik. *Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2012:1.

Närvård Skaraborg – samarbete som permanentats

Västra Skaraborg består av de sex kommunerna Essunga, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara och Vara. Närvård västra Skaraborg startade 2001 med syfte att stärka samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och den kommunala vården och omsorgen för att tillförsäkra den äldre personen en god och säker vård. Sättet att organisera har vuxit fram ur en fungerande samverkanskultur, som föddes ur ett samverkansprojekt.

Projektet har en politisk samverkansorganisation som möts fyra gånger per år. Ledningsgruppen består av beslutsfattande chefer från de sex kommunerna, Sjukhuset i Lidköping, Västra Götaland regionens Primärvård och en verksamhetschef från de privata vårdcentralerna. Närsjukvården har en gemensam budget för omkostnader för ledningsgruppen, utbildningar, information och utvärderingar. Arbetet bedrivs i olika nätverk.

Samverkan har bl.a. lett till olika verksamheter som syftar till att ge äldre personer med sammansatta behov en mer samordnad vård och omsorg. Ett exempel är närsjukvårdsteam för hemsjukvård för de mest sjuka äldre. Teamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Arbetssättet är situationsorienterat i stället för diagnosorienterat. Ett annat exempel är det palliativa teamet.

Dessa verksamheter har utvärderats på uppdrag av SKL. Utvärderingen visar på ett positivt samarbetsklimat, en arbetskultur som anses vara en av de grundläggande förutsättningarna för att Närvård västra Skaraborg blivit så framgångsrik. En annan viktig faktor är den samsyn och förtroende som finns i den gemensamma ledningsgruppen. De två teamen (närsjukvård och palliativa) kompletterat med den mobila hemsjukvårdsläkaren ses som nyckelfunktioner, och målgrupperna är väl definierade. Det mobila arbetet där insatser ges i hemmet är viktig för teamens målgrupper. Utvärderarna bedömde de båda teamen som kostnadseffektiva, och akutbesök och slutenvård hade minskat påtagligt för de patienter som skrivits in i de båda teamen.⁴⁸

⁴⁸ Health Care Management. *Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm: HCM november 2013.

Hälsostaden Ängelholm

Hälsostaden Ängelholm startade 2013 som ett treårigt utvecklingsprojekt.⁴⁹ Hälsostaden har cirka 600 anställda, varav 540 kommer från Ängelholms sjukhus, 25 från primärvården och 35 från Ängelholms kommuns korttidsboende. De arbetar i Hälsostaden tillsammans i en samlad organisation. Verksamheten består av två verksamhetsområden, Medicin- och akutmottagning, som integrerar kommunal verksamhet med ett korttidsboende med 17 platser, sjuksköterskor i ett mobilt team samt PROM (Primärvård, Rehabilitering och Omsorg samt SpecialistMinnesmottagning) med bl.a. ett närsjukvårdsteam. I båda teamen finns geriatrisk specialistkompetens. Sjuksköterskan i närsjukvårdsteamet har rätt att vid akuta behov på socialnämndens uppdrag besluta om utökade hemtjänstinsatser enligt socialtjänstlagen.

Övergripande målsättningar för projektet har varit att öka tillgängligheten, möjligheten att erbjuda vård och omsorg på rätt nivå och förbättra patientflöden mellan sjukhus, primärvård och kommun.

I en översyn av projektet som Region Skåne genomfört redovisas att förutsättningar för det innovativa klimat som de som genomfört översynen anser präglar Hälsostaden är småskalighet och till viss del självständighet.

Det mobila akutteamet har enligt översynen möjliggjort att 14 vårdplatser på sjukhuset kunnat användas för andra patientgrupper. En utvärdering som omfattar teamets första 20 inskrivna patienter visar att besök på akutmottagning nästan upphört, och att inläggningar i slutenvård kraftigt kunnat minskas.⁵⁰

I en utvärdering av CASE⁵¹ vid Lunds universitet har intervjuer gjorts med ett strategiskt urval äldre personer. Det som de äldre personerna tog upp i intervjuerna var kontakterna med det mobila akutteamet och närsjukvårdsteamet, som de flesta hade positiva erfarenheter av. En person som fått hjälp av närsjukvårdsteamet uttryckte det som att ”när jag kommit in på sjukhus så handlar det om

⁴⁹ Projektet beskrivs t.ex. i Region Skåne. *Översyn av Projekt Hälsostaden Ängelholm*. Kristianstad: Region Skåne, 2016 och i World Health Organization Europe, *Lessons from transforming health services delivery: compendium om initiatives in the WHO European Region*, s. 267–272. Köpenhamn: WHO, 2016.

⁵⁰ Region Skåne. *Översyn av Projekt Hälsostaden Ängelholm*. Kristianstad: Region Skåne, 2016.

⁵¹ CASE (Centre for Ageing and Supportive Environments) är ett nationellt forskningsinstitut hos Lunds universitet.

kanske 2–3 dygn som jag är där men nu kan jag få hjälpen här hemma”.

Informanterna hade dock inte upplevt andra delar av vården och omsorgen som mer samordnade. ”Ja det är ju så rörigt ... hemtjänsten är här varje dag, men jag ska inte prata med dem om blöjor, utan då måste jag träffa husläkaren på vårdcentralen. Jag lär mig aldrig hur det hela fungerar ... det är så komplicerat allt det här med hemtjänsten, distriktssjuksköterskan och allt det här” (patient som vårdats på sjukhuset).

Utvärderarnas bedömning är att det mobila akutteamet och när-sjukvårdsteamet tycks fylla viktiga roller. Patienter som fått vård via det mobila akutteamet eller när-sjukvårdsteamet uppskattade kontinuiteten som teamen gav. De uttryckte känslor av lugn och trygghet som grundade sig i att de kände till personalen som arbetade i dessa team och att personalen hade kännedom om patientens situation och medicinering. Patienterna värdesatte också möjligheten att vid behov kunna tillkalla hjälp via trygghetslarmet för att komma i kontakt med något av teamen. De anhöriga upplevde att när-sjukvårdsteamet innebar en avlastning och ökad trygghet. Personalen pekade bl.a. på värdet av att samarbetet mellan olika professioner möjliggör kompetensöverföring i vardagssituationer.⁵²

Mobilt hembesöksteam i Uppsala

Ett av målen i regeringens och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) gemensamma arbete för ”Bättre liv för sjuka äldre” var att undvika onödiga sjukhusvistelser för denna grupp äldre. Både att undvika inläggningar på sjukhus men också att försöka minska besöken på akutmottagningen. Mot denna bakgrund ansökte Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län gemensamt om stimulansmedel för att starta en försöksverksamhet med ett Mobilt hembesöksteam (MHT). De sjuka äldre personerna skulle snabbt få kontakt med läkare för ett hembesök. När fortsatt vård i hemmet inte var möjligt skulle inskrivning i slutenvård kunna ske direkt till

⁵² Carlsson, Gunilla, Pettersson, Cecilia, Kylberg, Marianne och Iwarsson, Susanne. *Patientprocesser inom projektet Hälsostaden Ängelholm. Erfarenheter från multisjuka äldre, närstående och personal*. Lund: CASE vid Lunds universitet 2016.

vårdavdelning och inte via akuten. Teamet skulle också kunna fungera som stöd till den kommunala sjuksköterskan.

Från och med hösten 2012 kompletterades projektet med att en kommunal sjuksköterska vardagar fanns på Akademiska sjukhusets akutmottagning.

Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala Universitet, genomförde den lokala utvärderingen av det mobila hembesöksteamet. Utvärderingen visade bland annat att:

- De äldre personerna ansåg att de hade fått en snabb diagnos, att teamet gjorde en kvalificerad bedömning och gav adekvat behandling i hemmet samt att teamets personal upplevdes som kompetenta och trevliga. Deras insatser gjorde att de äldre personerna kände sig trygga.
- Sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården var mycket nöjda med samarbetet och bedömde att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med det mobila hembesöksteamet.
- De intervjuer som genomfördes med 20 sjuksköterskor i hemsjukvården visade att de upplevde en stor trygghet att ha tillgång till MHT, de ansåg att teamet var lätt att nå och att MHT besökte patienten snabbt (oftast samma dag). Detta kan ses mot bakgrund av sjuksköterskornas erfarenhet av att det vanligtvis var mycket svårt att komma i kontakt med patientens husläkare.
- Ambulanssjuksköterskorna ansåg att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med MHT. Teamets insatser mildrade patientens lidande i form av stress och obehag och patienterna var tacksamma för att slippa åka ambulans till sjukhuset.⁵³

Trygg hemgång

Projektet Trygg hemma i Tyresö kommun finansierades likaså med statliga stimulansmedel till försöksverksamheter åren 2011–2013. Det riktade in sig på målgruppen äldre personer som efter en utskrivning från slutna vård inte klarar av att hantera sin situation hemma utan snart åter riskerar att hamna på sjukhus. Syftet med

⁵³ Pöder, Ulrika och Wadensten, Barbro. *Utvärdering av mobilt hembesöksteam*. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Vårdvetenskap, 2013-08-27.

försöksverksamheten var att ge extra stöd, vård och omsorg för att göra det möjligt för den äldre personen att kunna återvända hem. Hälso- och sjukvårdsinsatserna gavs från ett nyskapat team med läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska, stationerade vid den geriatriska kliniken i Handen.

När den äldre personen återvände hem fanns teamet på plats tillsammans med biståndshandläggare och hemtjänsten för ett vårdplaneringsmöte. Ett ytterligare vårdplaneringsmöte med samma personal genomfördes cirka två dagar senare. Vid detta möte tog man tillsammans med den äldre personen fram en genomförandeplan och beskrev där mål för vården och omsorgen under tiden som den äldre skulle vara inskriven i Trygg i Tyresö. Teamet samordnade hälso- och sjukvårdens insatser, och genom denna samordning underlättades samarbetet med hemtjänsten.

De äldre personer som intervjuades i en uppföljning upplevde att de fått vara delaktiga i processen kring mål och planering av insatserna och själva kunnat påverka utifrån sina behov. När de skrivits ut från Trygg i Tyresö hade de flesta kommit över den första svåra tiden och den oro som kan uppstå vid hemgång efter en sjukhusvistelse eller ett korttidsboende.⁵⁴

I en utvärdering av en liknande modell i Ronneby, Trygg hemgång, konstaterades att den gav en ökad trygghet för de äldre personerna och deras anhöriga. Återinläggningar och akutmottagningsbesök var enligt utvärdera betydligt lägre än för andra jämförbara patientsituationer. Insatsen korttidsboende försvann nästan helt. Vårdplanering och samverkan mellan biståndshandläggare och primärvård beskrevs som en kritisk faktor. De brister som fanns kunde leda till problem när den äldre personen skulle skrivas ut från trygg hemgångsteamet.⁵⁵

⁵⁴ Hagman, Lisbeth. *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

⁵⁵ Bowin, Rolf och Norén, Dag. *Trygg hemgång i Ronneby. Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting*. Stockholm: Health Care Management, 2014.

10.5 Forskning och utvärderingar

Utvärderingar

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Forte i uppdrag att, inom ramen för sitt uppdrag om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer, initiera forskning om effekter av olika modeller för att främja samordning och samarbete i vården och omsorgen om äldre personer med stora och sammansatta behov.

Min bedömning: Det saknas i stor utsträckning utvärderingar av hur samarbetet kan stärkas mellan huvudmännen, mellan olika verksamheter inom samma huvudman och mellan olika professioner. Det behövs en bättre kunskap på nationell nivå om vilka modeller och arbetsformer som har störst effekt.

Det har under de senaste decennierna startat många försök med olika former av teambaserat arbete, för en viss målgrupp (t.ex. strokepatienter), för en viss tidsperiod (t.ex. efter utskrivning från slutenvård) eller för att hantera en del av gränssnittsproblemen (t.ex. vid akut uppkommen hälsosvikt). Några försök har varit inriktade på att bygga upp team som ska kunna ge en samordnad vård och omsorg så länge personen bor kvar i sitt ordinära boende. Långt ifrån alla är utvärderade, och få har visat sig så livskraftiga att de lever kvar så som närvårdssamverkan i Skaraborg är ett exempel på.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har konstaterat att det efter en stroke liksom efter en höftfraktur är bra att snabbt komma hem från sjukhuset och få fortsatt samordnad rehabilitering av ett och samma interdisciplinära team.⁵⁶

En forskargrupp har i en randomiserad studie studerat samarbetet mellan ett sjukhus och ett multiprofessionellt team för vård, omsorg och rehabilitering i en kommun. De som fick del av

⁵⁶ Statens beredning för medicinskt och social utvärdering. *Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö efter stroke och Rehabilitering av äldre personer med höftfraktur – interdisciplinära team*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2015.

teamets insatser hade 50 procent högre chans att förbättra sin ADL-förmåga än de som lottades till en jämförelsegrupp.⁵⁷

En annan studie från samma forskningsprojekt belyser värdet av insatser i form av en individuell samordnare, vårdplaneringar i hemmet och interprofessionellt samarbete. Slutsatserna var att detta arbetssätt är värdefullt för äldre personer vad gäller till exempel ADL-förmåga, psykisk hälsa och tillfredsställelse med sitt liv. En förklaring till förbättringar av förmågan att klara sin vardag själv anges av forskargruppen vara att rehabiliteringspersonal ingick i det multiprofessionella teamet i kommunen.⁵⁸

Det saknas dock i stor utsträckning utvärderingar av olika former av team som har ett bredare uppdrag, som t.ex. mobila team, demensteam och andra teambaserade arbetssätt. Inom ramen för sitt uppdrag om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer bör Forte få i uppdrag att initiera forskning om effekter av olika modeller för att främja samordning och samarbete i vården och omsorgen om äldre personer med stora och sammansatta behov.

Kunskapsöversikt av Socialstyrelsen

Socialstyrelsen publicerade 2011 en kartläggning av systematiska översikter med avseende på hur vården och omsorgen om äldre personer kan organiseras. Slutsatserna var, trots att man fann ett 15-tal aktuella översikter av god kvalitet, att evidensstyrkan var svag vad gäller om metoderna gav bättre resultat än att ”göra som vanligt”. Endera var resultaten inte statistiskt säkerställda, beskrev kortvariga effekter eller byggde på mycket små patientunderlag. Som alltid kan också möjligheterna att överföra slutsatserna till svenska förhållanden ifrågasättas, eftersom en majoritet av primärstudierna hade sitt ursprung utanför Norden, framför allt från USA.⁵⁹

⁵⁷ Eklund, Kajsa, Wilhelmson, Katarina, Gustafsson, Helena, Landahl Sten och Dahlin-Ivanoff, Synnöve. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial; “Continuum of care for frail older people”. *BMC Geriatrics* 2013, 13:76.

⁵⁸ Berglund, Helene, Hasson, Henna, Kjellgren Karin och Wilhelmsson, Katarina. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons life satisfaction: a randomized controlled study, 2015, *Journal of Clinical Nursing*, (24), 7–8, 1079–1090.

⁵⁹ Socialstyrelsen. *Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka – en kartläggning av översikter*. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.

Några slutsatser från en nationell utvärdering av försöksverksamheter

I en nationell utvärdering av 19 försöksverksamheter och tio nätverk⁶⁰ (några av dem beskrivna ovan) konstaterade utvärderarna att ingen av de 19 försöksverksamheterna sökte, än mindre fann, någon modell där organisation och arbetssätt stöder samarbete och inte skapar nya gränssnitt. Det mobila teamet i Uppsala kom till för att råda bot på problemet med en primärvård som inte klarade av att vara tillräckligt flexibel och tillgänglig. ”Trygg hemma i Tyresö” liksom liknande projekt i en rad andra kommuner behövs därför att det ofta inte finns någon tillräckligt kompetent och sammanhållen vård och omsorg i det ordinära boendet som kan klara av de omfattande behov hen kan ha när hen kommer hem efter en sjukhusvistelse.

Äldrelosten i Blekinge kan beskrivas som systembevarande, eller snarare systemstödjande. Givet den organisation av vård och omsorg vi har, gäller det att minska de problem för äldre personer med komplexa och sammansatta behov som en fragmentiserad vård/omsorg som ständigt brottas med tidsknapphet kan skapa.

Nätverken har här kommit längre med att utforma samarbetsmodeller – informella som nätverket Esther på småländska Höglandet eller formaliserade som TioHundra i Norrtälje med gemensam nämnd. Norrtälje borde ha unika möjligheter med sin gemensamma nämnd. Erfarenheten visar dock att det tar tid att använda sig av denna möjlighet. Det finns många hinder, inte minst kulturskillnader mellan olika professioner.

10.6 Tidigare utredningar

Samordnad lagstiftning

Lämpligheten med en uppdelning av vården och omsorgen om äldre personer på två lagar, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, har ifrågasatts. I Socialtjänstutredningens slutbetänkande 1997 konstaterades att det finns ett behov av att samordna vissa

⁶⁰ Hagman, Lisbeth. *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

regler i de båda lagarna för att få en tydligare samlad lagreglering av omsorger för äldre och funktionshindrade. Utredaren konstaterade dock att frågan om en eventuell vård- och omsorgslag, i syfte att få en samlad reglering av sociala och medicinska insatser, är så komplex att den fordrar en särskild översyn.⁶¹

Svenska Kommunförbundet behandlade 1999 frågan i en slutrapport från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning. I den föreslogs en ny vård- och omsorgslag som skulle ersätta hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Motiveringen var att det i många avseenden är svårt att dra en gräns mellan insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. Dessa gränsdragningsproblem får konsekvenser för flera intressenter: den äldre personen, personal och ledning.⁶²

Samverkansutredningen (S 1999:05) tog upp frågan om gemensam dokumentation. Tillgång till information sågs som en grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera vilket enligt utredningen skulle tala för att ha samma dokumentationssystem. Utredningen såg lagtekniska problem för en gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna. Däremot såg utredningen det som önskvärt med att kunna ha en gemensam dokumentation hos samma huvudman i den form av integrerad verksamhet som ett särskilt boende är. Utredningen avstod dock, med hänsyn till frågans komplexitet, från att lägga fram något lagförslag om gemensam dokumentation.⁶³

Förslag om en ny vård- och omsorgslag har inte utretts ytterligare under 2000-talet. Frågan om gemensam dokumentation bereds för närvarande i Regeringskansliet, se avsnitt 10.6.

Sammanhållen hemvård

Tio år efter Ädelreformen tillsatte regeringen 2003 en särskild utredare för att göra en översyn av hur vården och omsorgen för äldre personer utvecklats efter Ädel (dir 2003:04). Utredaren konstate-

⁶¹ SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen.

⁶² Svenska Kommunförbundet. *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Slutrapport. Svenska Kommunförbundets Äldreberedning, 1999.

⁶³ SOU 2000:114. Samverkansutredningen. *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*

rade att det alltså fanns tydliga brister i samverkan mellan huvudmännen vilket drabbade den äldre personen. Gränsdragningarna mellan landstingens respektive kommunernas hemsjukvård bedömdes som oklara och brister i läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården såg utredaren som ett av de allvarligaste problemen.

Utredaren föreslog att hemsjukvården skulle bli ett helt kommunalt ansvar. Läkaren skulle vara kvar i landstinget, men det skulle ställas krav att kommuner och landsting skulle komma överens om omfattning i tid och former för läkarinsatserna i den kommunala hemsjukvården i ordinärt och särskilt boende.

Landsting och kommuner skulle få en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av äldre personer med sammansatta vårdbehov, vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primärvård och kommunernas hemvård. Förslaget innebar bl.a. att specialistsjukvården skulle vara en resurs för hemvården och att kommuner och landsting skulle samverka om rehabilitering och hjälpmedel. I avsikt att stimulera landsting och kommuner att utforma fastare former för samverkan föreslog utredningen att landsting och kommuner ges befogenhet att medverka i varandras verksamheter under förutsättning att var och en står för sin del av kostnaderna.⁶⁴

Delar av förslagen, bl.a. vad gäller läkarmedverkan, har genomförts. Förslaget om att kommunerna skulle ta över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende har inte genomförts.

Rätt information på rätt plats

Utredningen Rätt information i vård och omsorg (dir. 2011:111) hade som en av sina utgångspunkter att hälso- och sjukvården och socialtjänsten är två av de mest informationsintensiva och komplexa sektorerna i samhället. För den person som är beroende av stöd och insatser från såväl landsting och kommun som privata vårdgivare och/eller privata utförare av socialtjänst är det angeläget att alla vård- och omsorgsgivare har rätt information, vid rätt tid. Om detta inte fungerar ökar risken för bl.a. bristande beslutsunderlag, felbehandlingar och allvarliga interaktioner mellan läke-

⁶⁴ SOU 2004:68. Äldrevårdsutredningen. *Sammanhållen hemvård*.

medel. Personalen behöver såväl ta del av som dokumentera uppgifter för att kunna utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt och säkert sätt.

Så är det inte i dag menade utredningen. Dagens organisationsinriktade lagstiftning motverkar det nödvändiga informationsutbytet.

Om vi, för att endast ta ett exempel, tänker oss att vi skulle starta en verksamhet för äldre personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ... Vi är inte övertygade om att vi skulle sträva efter att bygga upp en verksamhet med inbyggda sekretessgränser och olika hinder för att utbyta information med hjälp av modern teknik eller hinder genom att krav på att informationen ska dokumenteras på olika ställen.⁶⁵

Regelverket ska i större utsträckning utgå från individen och individens behov i stället för från organisations- och verksamhetsgränser. Personalen arbetar, ”oavsett organisatorisk tillhörighet, med den enskildes totala hälso- och livssituation” konstaterade utredningen. Det ska inte spela någon roll om man valt en landstingsdriven eller privat vårdcentral, inte heller om man valt en kommunal eller privat driven hemtjänst.⁶⁶

För att säkra en ömsesidig tillgång till information över vårdgivar-, utförar- och huvudmannaskapsgränser föreslog utredningen två alternativa möjligheter, med möjlighet att välja den som lokalt bedöms mest ändamålsenlig. En förutsättning är att den äldre personen har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och att uppgifterna behövs för att kunna genomföra insatserna.

Den ena modellen är direktåtkomst, den andra en gemensam vård- och omsorgsjournal. Om de berörda utförarna väljer direktåtkomst ansvarar de som i dag för den egna dokumentationen. Den görs, givet den äldre personens samtycke, tillgänglig för de andra aktörerna som ska ha direktåtkomst till personuppgifterna. Det ska vara tillåtet att lämna ut uppgifter avseende vuxna med nedsatt beslutsförmåga.⁶⁷

⁶⁵ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. s. 63.

⁶⁶ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. s. 795.

⁶⁷ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.

I verksamheter som arbetar tätt integrerat räknar utredningen med att en gemensam vård- och omsorgsjournal är mer funktionell. Utredningen tar särskilda boenden som exempel.⁶⁸ Ett annat exempel är de multiprofessionella team jag förordar senare i detta kapitel.

”En vård- och omsorgsjournal ersätter i verksamheten det som i dag betraktas som en patientjournal och det som betraktas som en social journal och dokumentation.” Den ska kunna användas på motsvarande sätt och för samma ändamål som gäller för när dokumentationen förs var för sig.⁶⁹

Bestämmelserna som medger detta ska finnas i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen som föreslås i betänkandet. Det ska vara möjligt att utbyta information för aktörer utanför den integrerade verksamheten genom sammanhållen journalföring. Det kan t.ex. gälla med slutenvården, eller med läkare om läkaren inte deltar i samarbetet.⁷⁰

Beredning av detta betänkande pågår inom Regeringskansliet.

Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård

Som en del av Ädel-reformen infördes ett betalningsansvar för kommunerna för så kallat utskrivningsklara (från början benämnda medicinskt färdigbehandlade) patienter om de blev kvar i slutenvården. Regeringen tillsatte 2014 en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, den s.k. betalningsansvarslagen. Utredningens uppdrag berör en av de svåraste delarna av vården och omsorgen om äldre personer med komplexa behov – hur ska primärvården och kommunerna snabbt kunna erbjuda äldre personer med kvarvarande medicinska och rehabiliteringsbehov en trygg och god vård i hemmet?

Utredningen konstaterade att det var stora skillnader mellan olika landsting och kommuner i hur länge en patient kan bli kvar på sjukhuset trots att hen är utskrivningsklar. För patienten är detta

⁶⁸ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

⁶⁹ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid.* s. 841.

⁷⁰ SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

ett kvalitetsproblem eftersom slutenvården är dåligt anpassad för dessa patienters behov. För sjukhusen är detta enligt utredningen en bidragande orsak till överbeläggningsproblematik. Det behöver inte bli så många dagar som utskrivningsklar menade utredningen, efter att ha tagit del av hur de kommuner arbetade som hade få ”utskrivningsklaradagar”.

Utredningen uppmärksammade också att lagen stimulerar till vårdplanering på sjukhuset trots att den adekvata vårdplaneringen vanligen bör ske när den äldre personen kommit hem. ”Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas” konstaterade utredaren.

Utredningen föreslog att den nuvarande lagstiftningen ersätts med en ny lag – lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Skyldigheten att upprätta en vårdplan ersätts med krav att tillämpa den redan befintliga bestämmelsen om samordnad individuell plan (SIP). Vidare föreslog utredningen att bestämmelsen om fast vårdkontakt i hälso- och sjukvårdslagen länkas samman med bestämmelser om utskrivningsprocessen. Den fasta vårdkontakten föreslogs få ansvar för att kalla berörda enheter till samordnad individuell planering. I första hand ska huvudmännen tillsammans få utforma riktlinjerna så att de blir anpassade till lokala förhållanden och arbetssätt.⁷¹

Regeringen har den 16 februari 2017 överlämnat en proposition till riksdagen. I propositionen föreslås att en ny lag, lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, införs. Samtidigt upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård ska syfta till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.⁷²

Om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den

⁷¹ SOU 2015:20. Utredningen om betalningsansvarslagen. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.*

⁷² Proposition 2016/17:106. *Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.* s. 27.

landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Enheterna ska vid planeringen upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena nya hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen. Planen får upprättas om patienten samtycker till det.⁷³

Effektiv vård

Regeringen tillsatte 2013 en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14). I samordnarens slutbetänkande *Effektiv vård* konstateras att hälso- och sjukvården och omsorgen behöver fokusera på de största utmaningarna, till exempel att tillgodose behoven för vårdens stor-konsumenter på ett klokt sätt. Vilket samordnaren bedömde att vården och omsorgen inte gör.

”Grupper som har komplexa behov och därmed behov av insatser från flera aktörer möter i regel en fragmenterad vård, omsorg och stödorganisation och för många finns inte heller någon aktör som ansvarar för att de olika delarna bildar en helhet” konstaterade den nationelle samordnaren.⁷⁴

De problem den nationella samordnaren pekade på var såväl administrativa – t.ex. olika regelverk, legala – t.ex. hinder för sammanhållen journalföring som kulturskillnader. Det tar tid att skapa tillit mellan olika aktörer, ”veta var man har varandra”. Det handlar om relationsbygge och kommunikation. Det finns ingen part som kan göra de prioriteringar som krävs för att stärka samverkan, eller bibehålla vad som uppnåtts i olika samverkansprojekt. Tvärtom är månadens av den egna budgeten ett stort hinder. Den nationella samordnaren pekade också på att valfrihetssystemen försvårar att få kontinuitet och kan omöjliggöra att utveckla teamsarbete. Samverkan synes finnas bara där det finns eldsjälarna konstaterade samordnaren.

De samverkansavtal utredningen tog del av var i stor utsträckning vad samordnaren benämnde som gränsdragningsdokument. Det är fortfarande ”vi och dom”.

⁷³ Proposition 2016/17:106. *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. s. 70.

⁷⁴ SOU 2016:2. Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*. s. 210.

De avtal om läkarmedverkan som växt fram i enlighet med intentionerna i betänkandet *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) bedömde samordnaren vara alltför mekaniska. De tar inte i tillräcklig utsträckning sin utgångspunkt i betydelsen av att patient och läkare känner varandra, att det finns kontinuitet, närhet och flexibilitet.

Utredningens uppfattning var att det är kontraproduktivt att låsa fast ansvarsgränser mellan professioner. Kraven på att upprätta samverkansavtal leder inte till målet, att få till stånd verkligt samarbete.

Mot denna rätt dystra bakgrund föreslår samordnaren bl.a. en ny juridisk ram:

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen införs tre likalydande bestämmelser som innebär att en kommun och landsting ska organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.⁷⁵

Utredningen motiverade detta med att en författningsreglerad skyldighet att utföra verksamheterna gemensamt gör att huvudmännen inte längre kan välja bort ett nära samarbete och en integration av sina ansvarsområden.

Den gemensamma verksamheten ska bilda en organisatorisk helhet oavsett hur huvudmännen väljer att i juridisk mening driva den gemensamma verksamheten. Det måste finnas möjlighet till lokal anpassning. Målgruppen är äldre personer med omfattande behov. Utredaren avstod från att definiera den närmare än så.

Utredaren konstaterade att teamarbetet skulle underlättas om förslagen om sammanhållen journalföring förverkligas, men att utredningens förslag bör och kan genomföras även om så inte blir fallet.⁷⁶

⁷⁵ SOU 2016:2. Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*, s. 422.

⁷⁶ SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*.

10.7 Förslag om multiprofessionella team

Fördelar med ett teambaserat arbetssätt

Min bedömning: Det teambaserade arbetssättet bör inte bara avse avgränsade delar av vården och omsorgen eller vissa delar i vårdkedjan (t.ex. efter slutna vård), utan vara ett permanent erbjudande till äldre personer med stora och sammansatta behov och innefatta såväl läkarinsatser, omvårdnad, rehabilitering som omsorg.

Fokus i de försöksverksamheter som beskrivits ovan är på en begränsad del av den äldre personens vandring genom vården. Men det innebär nya gränsdragningar och övergångar. En bedömning denna utredning gjort är att ett team med både hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ger bäst förutsättningar att ge en kompetent och sammanhållen vård och omsorg. Ett team har möjlighet att kunna tillhandahålla "vårdflätan", och minskar därmed behovet av "vårdkedja" med sårbara övergångar mellan olika aktörer inom vården och omsorgen. Teamet ska kunna erbjuda mobila och flexibla insatser i den äldres hem, och svara för kontinuiteten. Den äldre personen ska inte skrivas ut från teamet om hen inte själv begär det.

I teamet bör det finnas enhetschef och undersköterskor med huvudansvaret för hemtjänstinsatserna, äldresjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut, och endera i teamet eller knutet till det läkare – helst geriatriker. Olika specialister som farmaceut, dietist och kurator bör finnas tillgängliga för teamet. Tydliga samverkansformer med slutenvården är en nödvändighet. Inom ramen för teamet kommer det att krävas kunskaper om t.ex. demenssjukdomar, psykisk ohälsa, rehabilitering efter stroke och smärtlindring. Det utmärkande för teamet är också en öppenhet för att ta in de kompetenser som den äldre personen har behov av.

Kommuner och landsting i Sverige har olika förutsättningar att ordna multiprofessionella team. I glesbygdskommuner kan kommunen och landstinget ha svårigheter att organisera och bemanna ett helt team. Det kan krävas individuella lösningar och användande av tekniska lösningar som möjliggör att multiprofessionell kompetens finns.

Ett multiprofessionellt team som är flexibelt nog innebär att rätt profession kan komma i rätt tid när hälsan sviktar akut – i stället för att den äldre personen ska behöva åka till akutsjukhuset. Ett team som har kapacitet och kunskap nog att kunna ge den omvårdnad, rehabilitering och omsorg som krävs efter en sjukhusvistelse. Ett team som har kompetenta undersköterskor som kan ge omsorg även till den som har en långt gången demenssjukdom. Ett team som – kanske genom samverkan med den avancerade hemsjukvården eller geriatriken – finns tillgängligt dygnet runt. Och, som jag tidigare beskrivit det, ordnat det på ett sätt som är möjligt med hänsyn till kommunens storlek och andra förutsättningar hos t.ex. landstinget.

Att ordna ett multiprofessionellt team kan synas dyrt. Men alternativet, att inte kunna erbjuda en sammanhållen vård och omsorg genom ett multiprofessionellt team, är nog dyrare. Det innebär framför allt en försämrad kvalitet i vård och omsorg för den äldre personen. Detta med hänsyn till att sannolikheten då är högre för att personen åker till akuten med de följder som det medför. Vidare kan det innebära att personen känner sig otrygg, vilket i sig kan leda till en för tidig flytt till särskilt boende.

Det finns egentligen inga legala hinder för ett privat företag eller en idéburen organisation att inom kundvalets ram erbjuda hemtjänst och inom vårdvalet erbjuda primärvård. Dock har det inte kommit till utredningens kännedom att det finns någon sådan aktör i dagsläget. Det kan finnas många hinder. Ett är att landstingens och kommunernas förfrågningsunderlag visserligen är utformade så att de anger att utförarna ska samverka med vårdgrannarna, men de är inte utformade för ett sammanhållet team. Inte heller ersättningssystemen är utformade så att de stimulerar till det. Det kan snarare vara tvärtom, att det kan vara svårt att få ekonomi i en verksamhet vars primära målgrupp skulle vara de mest sjuka äldre.

Det krävs större möjligheter än i dag att specialisera sig på och profilera sig mot vissa grupper, exempelvis svårt sjuka äldre eller äldre personer med demenssjukdom. Det kan också kräva rätt för

vårdgivare att bara acceptera patienter som har kvalificerat sig för att få en sådan helhetslösning.⁷⁷

I många av Sveriges kommuner finns inte ett befolkningsunderlag för att sådana lösningar skulle växa fram på en marknad. Inte heller i de stora städerna är det självklart att det finns tillräckligt kompetenta och resursstarka aktörer. Det kan krävas tydligare uppdrag till de båda huvudmännen.

Fördelar med teambaserat arbetssätt är t.ex. att det

- ger förutsättningar för ett enkelt och informellt samarbete i det dagliga arbetet mellan olika personalgrupper, den äldre personen och dennes anhöriga – planering, erfarenhetsutbyte, journalföring (givet lagstöd) m.m. underlättas om alla sitter under samma tak, helst med samma arbetsgivare,
- ger förutsättningar för ett kontinuerligt lärande genom att olika yrkesgrupper arbetar nära ihop, interpersonellt lärande,
- underlättar ett förebyggande arbetssätt, att inte vara reaktiv,
- kan bidra till en mer kunskapsbaserad vård och omsorg,
- kan bidra till en ökad trygghet för den äldre personen och dennes anhöriga,
- kan underlätta/möjliggöra kvarboende.

Reglera skyldigheten att erbjuda ett multiprofessionellt team

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att lämna förslag på rättslig reglering som tydliggör huvudmännens skyldighet att kunna erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov en förstärkt valfrihet genom att kunna välja en sammanhållen vård och omsorg genom ett multiprofessionellt team. I förslaget ska särskild hänsyn tas så att den rättsliga regleringen blir möjlig att uppfylla oavsett kommunens storlek och andra förutsättningar hos t.ex. landstinget.

⁷⁷ Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans. *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care rapport 1/2014.

Mina bedömningar: En rättslig reglering av att kommuner och landsting gemensamt ska kunna erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov insatser från ett multiprofessionellt team ska ses som en utökning av den äldre personens valfrihet, och inte inskränka på den valfrihet som ges genom lagen om valfrihetssystem, LOV.

Om en sådan rättslig reglering genomförs bör Socialstyrelsens ges i uppdrag att följa den för att ge kunskapsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete.

Om den rättsliga regleringen genomförs bör statliga medel ställas till förfogande till stöd för planering och genomförande givet att en sådan reform genomförs.

Det finns goda skäl för att ge huvudmännen i uppdrag att utifrån lokala förutsättningar forma ett team, där alla professioner, även läkaren, ingår. Det är nog dags att summera 60 års arbete med samverkansavtal och tro på alla aktörers goda vilja – vilken definitivt finns – med att detta inte räcker. Det krävs att det finns en tydlig juridisk och organisatorisk ram för det samarbete som är nödvändigt för att få en kvalitativt god vård och omsorg om äldre personer med stora och sammansatta behov.

Ett genomförande av en rättsligt reglerad skyldighet för landsting och kommuner att erbjuda ett multiprofessionellt team är ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Jag bedömer dock att detta kan vara befogat. Jag gör det mot bakgrund av att behovet av att kunna erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov en sammanhållen vård och omsorg har uppmärksammats av statliga utredningar och att multiprofessionella team har förutsättningar att främja patientsäkerheten och ge en bättre kvalitet i vård och omsorg om äldre personer. Min bedömning är, i likhet med den som redovisas i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2), att ett lagstöd behövs för att äldre personer ska få valfriheten att kunna välja ett sådant team. Det är självklart olika förutsättningar att förverkliga det i Stockholm och Göteborg jämfört med Bjurholm eller Sorsele. Förslaget om skyldighet att erbjuda ett integrerat team kan vara lättare att genomföra i tätort än på landsbygden och i glesbygd. Det finns dock positiva erfarenheter även från kommuner i glesbygd där en integrering av verksamheter och professioner kunnat uppnås.

Det är enklare mellan ett landsting och en kommun där det redan finns en bra samverkanskultur och fungerande samverkansformer, än där samverkansavtalen enbart tjänar till att markera gränserna mellan var och ens ansvar.

Teamen måste få byggas utifrån de lokala förutsättningarna och möjligheterna, där man också kan ta vara på vad som redan är gjort och vilka befintliga verksamheter som det går att anknyta till. Uppdraget däremot måste vara tydligt, och då är ett lagstöd med all sannolikhet det mest verkningsfulla för att nå målen om en samordnad, kompetent och flexibel vård och omsorg. Därför ser jag det som angeläget att vissa av de lagändringar som föreslås i betänkandet *Effektiv vård* genomförs.

Ett multiprofessionellt team, flexibelt och behovsstyrt både vad gäller vilka insatser som kan ges och när de ges, kan enligt min bedömning erbjudas utan att förändra primärvårdens generella uppdrag eller ändra i lagen om valfrihet. Erbjudandet om en helhetslösning genom ett multiprofessionellt team ska för den äldre personen vara ett erbjudande, och utöka valfriheten, inte inskränka den. För huvudmännen ska det däremot vara en skyldighet att i den form som är lämplig lokalt kunna erbjuda en sammanhållen vård och omsorg.

Strukturella och organisatoriska former kan inte bara ge stöd till en förbättrad samverkan utan även bidra till ökade möjligheter till gemensamt arbete och kontakt som motverkar uppfattningar om ”den andre”, ett verkligt samarbete. När man arbetar i ett team finns det ju inte ”den andre” utan bara ett vi.

En eventuell rättslig reglering om skyldighet för landsting och kommuner att gemensamt erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov ett multiprofessionellt team kan synas kostnadsdrivande. Teamet ska ha hög kompetens, vara mobilt och ha god tillgänglighet. Den högre kompetensen och att ännu fler sjuka personer tas om hand i sitt hem kan kosta mer för den kommunala hemsjukvården och hemtjänsten. Behovet av mobilitet, flexibilitet och tillgänglighet kan öka kostnaden för den landstingsfinansierade primärvården. I linje med den konsekvensbedömning som görs i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) är min bedömning dock att införandet av integrerade team ger effektivitetsvinster för såväl landstingen som kommunerna.

För den kommunala hemtjänsten och hemsjukvården kan arbetet i ett multiprofessionellt team tillföra kunskaper och ge en ökad säkerhet i arbetet som innebär både bättre insatser och lägre kostnader. Arbetet kan tack vare samverkan bedrivas mer rationellt, och dubbelarbete kan undvikas. Flytt till särskilt boende kan undvikas eller senareläggas.

För den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården ligger de största effektivitetsvinsterna i att fler äldre personer kan få adekvata insatser i hemmet och därmed slippa slutna vård. Det finns flera studier, som redovisats i kapitel 10, som styrker detta antagande. Även om resurser inte kan föras över från en i många landsting och regioner hårt pressad slutenvård så innebär ett frigörande av dyra vårdplatser ett bättre resursutnyttjande och minskat behov av att öka kapaciteten. Det går dock inte med dagens kunskap att kvantifiera detta. Det är angeläget att en sådan reform följs upp för att med lärdom av utvecklingen kunna forma kunskapsunderlag för huvudmännen och teamen och ge underlag för eventuella korrigeringar av lagstödet. Blev det bättre för den äldre personen med stora och sammansatta behov? Ett sådant uppdrag bör därför ges till Socialstyrelsen i samband med reformens införande.

Genom en sådan uppföljning, liksom via den forskning jag föreslår att Forte ska få förutsättning att genomföra, bör kunskapen om konsekvenserna för såväl de äldre personerna som för huvudmännen för vård och omsorg kunna bli säkrare. Detta kan tjäna som underlag för en successiv utveckling av modeller med integrerade team.

Det kan också vara av värde med statliga stimulansmedel till stöd för planering och genomförande av reformen lokalt. Jag har visserligen i kapitel 6.9 redovisat skäl för att vara restriktiv med statliga stimulansmedel. I detta fall anser jag att det är befogat. En rättslig reglering av skyldigheten att erbjuda ett multiprofessionellt team innebär vissa initiala kostnader för landstingen och kommunerna för planering och start, vilket de bör kompenseras för. Det är också angeläget att arbetet kommer till stånd snabbt, varför stimulansåtgärderna bör vara ”framtungna”, dvs. premiera kommuner och landsting som är tidigt ute.

Gemensamma journaler

Min bedömning: För att ett team som arbetar enligt såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen ska fungera säkert och funktionellt är det önskvärt att förslagen i betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) om möjlighet att välja direktåtkomst eller gemensam vård- och omsorgsjournal genomförs.

Ett hinder som uppmärksammats i olika försöksverksamheter med team (mobila team, demensteam och äldrevårdscentraler etc.) är de begränsningar som finns för en gemensam dokumentation. För att ett team ska fungera optimalt är det önskvärt att förslagen från utredningen *Rätt information i vård och omsorg om ny lagstiftning för informationshantering i hälso- och sjukvård och socialtjänst* genomförs. Detta gäller särskilt förslaget om en gemensam vård- och omsorgsjournal. En sådan skulle också underlätta för dokumentationen i de särskilda boendena.

Bättre samspel sluten och öppen vård och med specialister

Mina bedömningar: Om reformen med multiprofessionella team genomförs bör en uppföljning ske av samspelet mellan dessa team och slutenvården liksom med den äldre personens eventuella specialistläkare som en del i Socialstyrelsens uppföljning av en sådan reform.

Det är vidare angeläget att följa hur den kompetens som finns inom psykiatrisk vård och omsorg kommer att ingå i det föreslagna teamarbetet.

Det är väl belagt att samspelet mellan öppen och slutna hälso- och vård är en kritisk faktor för en god vård och omsorg för äldre personer med stora och sammansatta behov. Det handlar om vägen in – att undvika att den äldre personen kommer till akuten därför att det inte finns andra alternativ. Det handlar om att på ett bättre sätt hantera undvikbara sjukhusinläggningar och återinläggningar. Ett kompetent och flexibelt team bör kunna ge det adekvata stöd i hemmet som kan minimera dessa kvalitetsproblem i vården.

Samtidigt kommer inläggningar inom slutenvård vara nödvändiga. Det är då av värde att det finns enkla vägar in när teamet gör bedömningen att slutenvård behövs. Det kan också vara en fördel om teamet har tillgång till sviktplatser, i likhet med vad som är vanligt inom det som i många landsting benämns avancerad hem-sjukvård (ASIH).⁷⁸

Om reformen med integrerade team genomförs bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa utvecklingen av samspelet mellan de kommande teamen och slutenvården. I det uppdraget bör då ingå att kartlägga vilken betydelse de föreslagna teamen har för att underlätta den ibland svåra vägen ut från sjukhuset. Kan det föreslagna teamet med bättre kontinuitet hantera det som i många kommuner nu löses mer ad hoc med vad som t.ex. de ovan beskrivna Trygg hemma i Tyresö och Trygg hemgång i Ronneby? Kan teamet för sin målgrupp hantera den akuta planeringen på sjukhuset och sedan följa upp med vårdplanering tillsammans med den äldre personen när denne kommit hem – och kan det då onödiggöra en reglering av formerna i betalningsansvarslagen?

Dessa uppföljningar bör kunna ge kunskap för att ge underlag för framtida ställningstaganden om det krävs mer insatser på nationell nivå för att stimulera och underlätta en god och för den äldre personen trygghetsskapande samverkan mellan öppenvård och slutenvård.

Ett område som inte är lika belyst som samspelet mellan primärvård och slutenvård är samspelet med den övriga specialiserade hälso- och sjukvården. Specialiteten geriatrik bör vara väl representerad inom de föreslagna teamen för äldre personer med stora och sammansatta behov. En utmaning är, som jag beskrivit i kapitel 8, att det är brist på specialister inom geriatrik, och att geriatriken är olika väl utbyggd i landet.

Den legitimerade personalen i teamet behöver också ha en väl fungerande samverkan med övriga specialister som har hand om olika delar av den äldre personens komplexa sjukdomsproblematik – kardiologi, onkologi, ortopedi och äldrepsykiatri etc.

Hur samverkan mellan teamet och den äldre personens kontakter med övriga specialister inom hälso- och sjukvården utvecklas i

⁷⁸ ASIH/motsvarande har vanligen att som sin primära uppgift ge specialiserad palliativ vård i hemmet.

landet bör följas av Socialstyrelsen givet att den föreslagna reformen med team genomförs.

Identifiera målgruppen

Min bedömning: Möjligheten för landsting och kommuner att samköra sina register i syfte att nå ut med information till personer med omfattande hälso- och sjukvård och omsorg, och anhöriga, om erbjudandet att välja ett multiprofessionellt team bör utredas ur flera aspekter bl.a. de rättsliga.

Det föreslagna teamet har i betänkandet *Effektiv vård* ingen tydligt avgränsad målgrupp. De erfarenheter som jag redovisat från 19 försöksverksamheter, som skulle ha fokus på gruppen de mest sjuka äldre, visade tydligt att det är svårt att ringa in en tydlig målgrupp.

Målgruppen kan identifieras på många olika sätt. Äldre personer som själva bedömer sig ha behov av ett multiprofessionellt team bör kunna begära att få sina hälso- och sjukvårdsinsatser och äldreomsorg från ett sådant team. Anhöriga bör också kunna aktualisera behovet. Erbjudandet bör kunna ges från biståndshandläggare och annan personal inom såväl hälso- och sjukvård hos båda huvudmännen som äldreomsorg. Behovet kan uppmärksammas i samband med utskrivning från slutna vård på sjukhus.

Det är knappast lämpligt att definiera behov av ett team i form av antal livslånga sjukdomar eller omfattning av funktionsnedsättningar utan bedömningen måste bygga på behovet av samordnade insatser från olika aktörer och professioner.

Inom ramen för regeringens satsning för de mest sjuka äldre identifierades, som jag beskrivit i kapitel 7, olika grupper med behov av särskild uppmärksamhet avseende vård och omsorg. Den tydligaste gruppen – de två procent av personer 65 år och äldre som har omfattande insatser från såväl hälso- och sjukvård som äldreomsorg – går inte att få fram via befintliga register eftersom de får samköras enbart för forskningssyfte. Det skulle finnas fördelar om landsting och kommuner ges rätt att samköra sina register för att säkerställa att alla i den gruppen ska kunna nås med erbjudandet att välja ett multiprofessionellt team. De rättsliga förutsättningarna för

det behöver utredas ytterligare, eftersom samkörning av register är känsligt och rent generellt bör undvikas.

Om reformen med lagstadgat krav på team genomförs anser jag att det i Socialstyrelsens uppföljning av den bör ingå att följa de olika modeller som kommer att utvecklas lokalt för att identifiera vilka äldre personer som ska erbjudas teamet. Det ska särskilt belysas utifrån ett kön, klass, och etnicitetsperspektiv och i hela landet.

Samverkan vid mer kortvariga behov

Min bedömning: Socialstyrelsens uppföljning av samordnad individuell plan (SIP) bör också innefatta att följa vilka äldre personer som inte kommer att bli målgrupp för de multiprofessionella teamen och hur samverkan fungerar för dem.

Det kommer, även om det blir ett lagstadgat krav om multiprofessionella team, finnas äldre personer där samverkan kommer att behövas mer tillfälligt mellan öppen- och slutenvård och mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. För dessa bör lagens stadgande om samordnad individuell plan (SIP) liksom betalningsansvarslagen, i den reviderade form regeringen föreslår i ovan nämnda lagrådsremiss, vara ett stöd för att det sker en samordnad planering.

Det uppdrag jag föreslår att Socialstyrelsen ska ges att följa hur SIP fungerar bör särskilt inriktas på hur samverkan fungerar för de äldre personer som har mer tillfälligt behov av samordnade insatser och därför inte är en självklar målgrupp för de multiprofessionella teamen.

Socialstyrelsen bör också följa om det blir grupper som får del av den kommunala hemsjukvården och inte får den från det multiprofessionella teamet och hur hemsjukvården i så fall fungerar för dessa personer.

11 Anhöriga

11.1 Bakgrund

I utredningens direktiv¹ lyfter regeringen fram vilken stor roll de anhöriga har för vården och omsorgen om närstående². Regeringen anför att det för många är en naturlig del av livet och ett sätt att vara nära och hjälpa sina närstående. Det är enligt direktiven centralt för en jämlik äldreomsorg att anhörigas insatser i dag är, och också i framtiden ska vara, grundade på frivillighet.

Lagstiftningen

I propositionen om lag om socialhjälp 1955 antogs att anhörigomsorgen höll på att upphöra genom att moderniseringsprocessen medförde att äldre personers barn inte längre var tillgängliga för omsorgsgivande; ett problem som skulle lösas genom att bygga ut äldreomsorgen.³ Att den utredning som låg till grund för propositionen hade visat att äldre personer fortfarande fick mycket hjälp av anhöriga, trots övergången från flergenerations- till en-generationshushåll och den ökande utflyttningen av unga från landsbygden, nämndes inte.⁴

Kommunernas ansvar att stödja anhöriga skrevs in i socialtjänstlagen (1980:620), SoL, första gången 1998. Under tio år där-

¹ Dir 2015:72. *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*.

² I regeringens proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående* avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård eller stöd. Den som ger insatser benämns anhörig eller annan person. I den här utredningen används begreppen på det sättet.

³ Proposition 1955:177 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om socialhjälp, m.m. Stockholm: Riksdagen.

⁴ Ulmanen Petra. *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

efter gav staten stimulansmedel till landets kommuner, för att de skulle bygga ut stödet till anhöriga.

Drygt tio år senare förstärktes detta stadgande i socialtjänstlagen (2001:453) genom att ordet bör byttes ut till ska, "Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller stödjer en närstående som har funktionshinder" (5 kap. 10 § SoL). Bakgrunden till de båda lagändringarna var en ökande insikt om de anhörigas centrala roll och deras behov av stöd.

I regeringens proposition inför lagändringen 2009 framhålls att behovet av ett gott stöd för de personer som ger stöd, omsorg eller vård till en närstående blivit alltmer uppenbart. Ett sådant stöd är enligt regeringen viktigt både för de anhöriga och för samhället. För de anhöriga handlar det om att få stöd och känna uppskattning för de åtgärder som hen gör för sin eller sina närstående. Det handlar också om de anhörigas behov av vila, att få tid över för personliga angelägenheter och få kunskaper och färdigheter för att kunna behärska omsorgssituationen på bästa sätt.⁵

Med stöd till anhöriga avses enligt propositionen olika insatser som primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta de anhörigas situation.⁶

Regeringen anförde som skäl för sitt förslag bl.a. följande:

Förslaget syftar till att tydliggöra att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer närstående. Insatser till bl.a. anhöriga – som frivilligt vill ge vård eller stöd – måste utvecklas. Förslaget syftar inte till att tvinga anhöriga eller andra personer att utföra mer vård eller stöd utan till att underlätta för dem som av fri vilja utför sådana insatser. En tydligare reglering motiveras av nödvändigheten av att ge anhöriga eller andra personer ett stöd och ett erkännande för det arbete som de utför. Det är vidare angeläget att förebygga att de anhöriga eller annan person själv blir fysiskt och psykiskt utsliten. Den preventiva ansatsen måste vara en utgångspunkt för ett tydligare stöd till de personer som vårdar eller stödjer närstående.⁷

⁵ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*

⁶ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 5.

⁷ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 20 f.

Anhörigstöd i de skandinaviska länderna

I Finland regleras anhörigstödet i lagen om stöd för närståendevård (937/2005). Lagen trädde i kraft i januari 2006. Stödet för närståendevård är ett kommunalt ansvar. Med närståendevård avses att vård av och omsorg om en äldre, funktionsnedsatt eller sjuk person ordnas i hemmet med hjälp av en anhörig eller någon annan som står den vårdbehövande nära. Stödet inbegriper vårdarvode och social service för närståendevårdaren. Det lägsta vårdarvodet är för 2016 minst 387,49 euro per månad. Om närståendevårdaren under en tung behandlingsfas kortvarigt är förhindrad att arbeta för egen eller någon annans räkning är vårdarvodet minst 774,98 euro per månad. Indexskyddet för vårdarvoden stärktes jämfört med tidigare lagstiftning.⁸

Enligt lagen om stöd för närståendevård ska ”Ett avtal om stöd för närståendevård ... ingås mellan närståendevårdaren och kommunen. En vård- och serviceplan skall bifogas avtalet” (8 §). Kommunerna ska ”vid behov förbereda närståendevårdare för vårduppdraget och ordna utbildning för dem”. Kommunen ska också ”vid behov ordna undersökningar av närståendevårdares välmående och hälsa samt sådana social- och hälsovårdstjänster som stöder vårdarnas välmående och vårduppdrag” (3 a §). Kommunen ska garantera minst två dygn ledighet per månad från uppdraget som anhörigvårdare genom lämplig form av avlösarservice (4 §).

Under 2014 fick 43 100 personer stöd, två tredjedelar var 65 år och äldre. Av de som gav insatserna var 55 procent 65 år eller äldre.⁹

I Danmark och Norge finns liksom i Sverige olika stödsatser som riktar sig direkt eller indirekt till de anhöriga. Stödet kan översiktligt delas in i tre huvudformer, utbildning och information, stödgrupper och avlösning.¹⁰

Anhörigföreningen i Danmark (Foreningen Påførende i Danmark) har lyft vikten av utbildning för anhöriga, att det ska finnas en anhörigkonsulent i varje kommun (nu ovanligt enligt föreningen) och att kvaliteten i utbudet av avlösning förbättras.¹¹

⁸ Finska kommunförbundet. *Cirkulär 25/80/2005*, 21 december 2005.

⁹ www.kommunerna.net/sv/sakkunnigtjanster/social-halsovard/social-service/aldreomsorgen/stod_for_narstaendevard/Sidor/default.aspx#kohde1 (hämtad 2017-02-26).

¹⁰ Nördiska Rådet. *Påførende till personer med demenssjukdom i ett nordiskt perspektiv*.

¹¹ <http://xn--danskeprende-vfb00a.dk/wp-content/uploads/2014/06/Politik-PprocentC3procentA5rprocentC3procentB8rende-i-Danmark-september-2014.pdf> (hämtad 2016-12-03).

Det finns inga studier som jämfört de olika nordiska modellerna, eller effekter av lagstiftningen i respektive land.

Det finns inget som tyder på att andelen som ger anhörigomsorg är lägre i norra än södra Europa, snarare tvärtom finns det studier som tyder på att anhörigomsorg är vanligare i norra Europa än södra. Däremot är omfattningen av den samhälleliga vården och omsorgen lägre i södra Europa. I de nordiska länderna och Nederländerna med en omfattande offentligt finansierad omsorg är det mindre vanligt att ge intensiva och tidskrävande omsorgsinsatser. Detta kan tolkas som att fler anhöriga har möjlighet att ge hjälp utan att omsorgsansvaret ska behöva bli för stort.¹²

11.2 Anhörig

Anhörig är ett förhållandevis vitt begrepp. Det kan vara hens partner¹³ som hen levt tillsammans med i kortare eller längre tid. Det kan vara så att båda hjälper varandra. De har olika funktionsnedsättningar, men tillsammans kan de klara vardagen. Det kan vara hens förälder, syskon, barn eller särbo. Vanligen åsyftas person inom familjen eller de närmaste släktingarna¹⁴, men det kan också vara en mer avlägsen släkting, god vän eller granne.

Anhörigvårdaren kan vara en förälder till ett barn med funktionsnedsättning, en partner som vårdar sin demenssjuka anhörig, systemen som sköter logistiken kring sin cancersjuka brors vård, dottern som varje dag ser till sin åldrande förälder eller en ung vuxen som vuxit upp med en missbrukande förälder. Inte sällan ger en person omsorg till fler än en person samtidigt. I andra fall är det flera anhöriga som har omsorgsansvar om en och samma närstående.¹⁵ I detta betänkande är fokus på anhörigomsorg till äldre personer.

¹² Szebehely, Marta. Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. I *Lönsamt arbete – familjeansvarets fördelning och konsekvenser*. Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet, SOU 2014:28.

¹³ Med partner avses i detta kapitel make, maka, partner och sambo.

¹⁴ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ffTid=273> (hämtad 2017-01-08).

¹⁵ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Att vara anhörigvårdare

Makar har enligt äktenskapsbalken ett gemensamt ansvar för ekonomi och skötsel av hemmet, exempelvis tvätt, städning och inköp, men någon omvårdnadsplikt finns inte. Detta ansvar i hushållsgemenskap kan leda till att begärda insatser inte beviljas, utan avslås helt eller delvis med motiveringen att behoven kan tillgodoses genom make/maka, se vidare rättsfall angående hur hushållsgemenskap kan påverka bedömning av rätt till bistånd i hushållet i kapitel 14.3.

Det finns i Sverige inte heller några lagliga skyldigheter för vuxna barn att tillgodose föräldrars behov av vård och omsorg. Denna skyldighet upphörde år 1957 när lagen (1956:2) om socialhjälp trädde i kraft.¹⁶

De flesta anhöriga som ger omsorg och omvårdnad till en anhörig gör det av fri vilja, omsorgsgivandet är självvalt. Men där kan också finnas drag av ofrivillighet genom upplevelsen av osäkerhet över vem som annars kan göra det. Från en intervjustudie Socialstyrelsen gjorde 2014 kan följande belysande citat hämtas: ”Hon blev så orolig när andra hjälpte henne, så jag kunde till slut inte lämna henne. Då kände jag mig väldigt bunden.”¹⁷

Det finns inga studier som ger kunskap om äldre personer själva väljer att få olika omsorgsinsatser av en anhörig, eller om anhöriginsatserna är tvungna på grund av minskade insatser från äldreomsorgen. Petra Ulmanen menar i en avhandling, med ledning av den kunskap som finns från tidigare forskning, att de flesta äldre personer föredrar vård och omsorg av professionella framför hjälp av sina barn och andra utanför hushållet. Hennes slutsats är därför att ökningen av anhörigomsorg framstår som mer eller mindre påtvingad.¹⁸

Kvarboendepolitiken och Ädelreformen innebar att vården av äldre och långvarigt sjuka personer, personer som vårdas i livets slut, personer med psykisk funktionsnedsättning och omsorgen om personer med funktionsnedsättning i ökande grad fick hemmet

¹⁶ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 12.

¹⁷ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014 s. 43.

¹⁸ Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

som bas. Med kvarboendepincipen som den överordnade politiska inriktningen har anhöriga fått ta ett stort ansvar, ibland till priset av en sämre livskvalitet både för den äldre personen och för hans anhöriga.¹⁹

En studie från Skåne har, med ledning av data från Swedish National Study on Ageing and Care, SNAC²⁰, jämfört anhöriga som anger att vården och omsorgen av en närstående innebär en hög börda med de som anger låg börda respektive de som inte ger insatser till en närstående. Cirka en tredjedel av de som gav anhöriginsatser uppgav hög börda. En jämförelse mellan anhörigrupperna visade att de anhöriga som uppgav hög börda också uppvisade lägre hälsorelaterad livskvalitet och lägre livstillfredsställelse. Anhöriga som uppgav låg börda rapporterade en bättre hälsorelaterad livskvalitet och livstillfredsställelse än icke-anhöriga. Anhöriga till närstående med en demens- eller depressionsdiagnos angav en högre börda.²¹

I en studie med data från Sverige och ytterligare sju europeiska länder konstaterades att ökad belastning hos de anhöriga kunde förutsägas om de anhöriga levde tillsammans med personer med en demenssjukdom och upplevde sitt eget välbefinnande som sämre. Faktorer hos personen med demenssjukdom som var kopplade till ökad belastning för anhöriga var om de äldre personerna hade mer problematiskt beteende och depressiva symptom, och om anhöriga upplevde vårdkvaliteten som sämre.²²

Av de anhöriga som, i den enkätundersökning Socialstyrelsen genomförde 2014, skattade sina insatser till mer omfattande än tio timmar per vecka angav fyra av tio sin hälsa som någorlunda (30–40 procent), dåligt (5–12 procent) eller mycket dåligt (1–3 procent). Det kan jämföras med de som skattade sina insatser till mindre än en timme per vecka, där cirka 20 procent uppgav sin hälsa som sämre än ”ganska gott”, vilket är samma andel som för

¹⁹ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁰ Longitudinell studie som drivs i fyra delar av landet sedan år 2000.

²¹ Dahlrup, Beth. *Family caregiving, a long and winding road. Aspects on the burden and life satisfaction among caregivers from the general population study 'Good Aging in Skåne' and effects of psychosocial intervention*. Diss., Lunds universitet, 2015.

²² Lethin, Connie. *Informal caregivers to older persons with dementia in European countries – experiences, burden, well-being and support*. Diss., Lunds universitet, 2016.

hela befolkningen. Att rapportera en nedsatt hälsa var vanligare bland de som är anhörigvårdare till en partner.²³

All vård och omsorg sker inom ramen av någon form av relation. När vården flyttar in i vardagen får det också stora konsekvenser för vardagslivet och påverkar därmed relationerna människor emellan. Den närståendes situation och behov styr i hög grad hur vardagslivet utspelas; hur man använder tiden, vilken mat man äter, vad man gör på dagarna och umgänget med andra.

Konsekvenserna för partner och eventuella barn i denna situation kan bli långtgående när det gäller hälsa, ekonomi och livskvalitet. Hur anhöriga drabbas och hur hen tar det får också återverkningar på den närståendes tillstånd och situation.

Anhörigas insatser

Anhörigas insatser är av olika slag. En roll är att vara koordinator i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem. En annan är att hjälpa i vardagen med olika insatser som den närstående inte kan på grund av olika funktionsnedsättningar. Hjälpen är ofta av mer praktisk servicekaraktär som ekonomi, ärenden, städning och snöskottning, men kan också vara av mer omvårdande art som att klä på sig och duscha. Att vara ett emotionellt och socialt stöd är en annan del av anhörigomsorgen. För den som lever tillsammans med sin närstående kan det handla om tillsyn dygnets alla timmar året runt.

Omfattning

Merparten av de anhörigas insatser är oavlönad och syns inte i någon statistik och är förhållandevis osynliggjord, även om kunskapen ökat under de senaste decennierna, särskilt vad gäller anhörigas insatser för äldre personer.

I en enkätundersökning Socialstyrelsen genomförde 2012 angav nästan var femte person äldre än 18 år att de regelbundet gav omsorg till en närstående. Det motsvarar ungefär 1,3 miljoner personer, varav omkring 0,9 miljoner är i förvärvsaktiv ålder.

²³ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Ungefär 30 procent av dem som regelbundet gav omsorg till en närstående gjorde det varje dag, 46 procent gav omsorg minst en gång i veckan och 23 procent gjorde det minst en gång i månaden. Omsorgsgivande var vanligast förekommande i åldersgruppen 45–64 år.

Det var fler kvinnor (53 procent) än män (47 procent) som gav omsorg. I den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, var det dock fler män än kvinnor som gav omsorg till en närstående, vanligen en partner.

I en enkätundersökning som Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet gjorde 2013 framkom att 42 procent av både kvinnor och män i åldern 45–66 år gav omsorg till en närstående minst en gång i månaden.²⁴ Det var enligt den enkätstudien vanligare för männen att hjälpa till med praktiska göromål av olika slag medan det för kvinnorna var vanligare att hjälpa sina föräldrar med personlig omvårdnad, den kroppsnära omsorgen.²⁵

Två tredjedelar av de närstående som fick omsorg 2012 var kvinnor. Det vanligaste var att barn gav omsorg till sina föräldrar. Nästan hälften av alla omsorgsgivare hjälpte en förälder och drygt en fjärdedel gav omsorg till en partner. Majoriteten av omsorgsgivarna, 71 procent, gav omsorg till någon som var 65 år eller äldre. Nästan hälften av alla omsorgsgivare, 48 procent, gav omsorg till en person som var 80 år eller äldre. Av de närstående var sex av tio föräldrar, två av tio syskon eller annan släkting och en av tio partner till den som gav omsorg.²⁶

Det finns få studier där förändringar över tid kunnat mätas. Två studier genomförda 2002–2003 respektive 2009–2010 visade att andelen som fick hjälp från vuxna barn och andra utanför hushållet hade ökat från 48 till 63 procent av hemmaboende äldre med omsorgsbehov.²⁷

²⁴ Szebehely, Marta, Ulmanen, Petra och Sand, Ann-Britt. *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet arbetsrapport 2014:1.

²⁵ Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åttiostramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett köns-perspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

²⁶ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁷ Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åttiostramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett köns-perspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

De yrkesverksamma barnen

Kunskapen är relativt god om hur vardagen kan vara för äldre anhöriga som lever tillsammans och där den ena parten har ett ansvar för den andre, ofta dygnet runt, t.ex. när ens partner drabbats av en demenssjukdom. Kunskapen har varit sämre om hur omsorgsansvaret påverkat barn i yrkesverksam ålder, som enligt Socialstyrelsens studie är i klar majoritet av omsorgsgivarna.

Av en enkätundersökning Socialstyrelsen genomförde 2014 framgick att omsorgsgivare i förvärvsaktiv ålder skattade sin hälsa som sämre än vad genomsnittsbefolkningen i de åldersgrupperna gör. Det gällde dock inte för de som tog hand om en förälder.²⁸

Den ovan nämnda studien av omsorgsgivare 45–66 år visade att 13 procent av kvinnorna och åtta procent av männen hade minskat sin arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension tidigare än planerat som en konsekvens av omsorgsansvaret. För den grupp som gav daglig hjälp var motsvarande andelar 32 procent av kvinnorna och 27 procent av männen. Uppräknat till hela befolkningen blir det drygt 90 000 kvinnor och 50 000 män i åldern 45–66 år. Detta hade för cirka 16 procent av kvinnorna och 11 procent av männen (40 respektive 32 procent av de som gav daglig hjälp) inneburit att de fått minskade inkomster.

Kvinnors välbefinnande och vardagsliv hade påverkats mer än mäns av att ge anhörigomsorg. Nästan hälften av döttrarna mot 28 procent av sönerna hade upplevt psykiska påfrestningar. Det var vanligt att man använde semesterdagar och obetald tjänstledighet från arbetet för att hinna med.²⁹

Under 1990-talet minskade hemtjänsten, medan döttrarnas insatser för ensamboende föräldrar ökade. Under 2000-talet har platserna i särskilt boende minskat, och både döttrarnas och sönerns insatser har ökat.³⁰

Petra Ulmanen beskriver situationen för döttrarna och sönerna i perspektivet att andelen som har äldreomsorg minskat sedan 1980-

²⁸ Socialstyrelsen. *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁹ Szebehely, Marta, Ulmanen, Petra och Sand, Ann-Britt. *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet arbetsrapport 2014:1.

³⁰ Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

talet. Hon konstaterar att i svensk äldreomsorgspolicy har synen på äldre personers vuxna barn som omsorgsgivare gått från ett osynliggörande under äldreomsorgens expansionsfas under 1950–1980-talen, till ett senkommet erkännande under äldreomsorgens åtstramningsfas under de senaste decennierna. Anhörigas behov skulle tillgodoses genom att kommunen erbjöd särskilda insatser för anhörigstöd och då sågs äldreomsorg inte som en insats som kunde vara ett stöd för de anhöriga. Därmed uppmärksammades enligt Ulmanen inte konsekvenserna av äldreomsorgens åtstramning för äldre personers anhöriga, framför allt inte för de vuxna barnen och deras behov av att förvärvsarbeta.

I en kunskapsöversikt från Nationellt kompetenscentrum anhöriga visade Ann-Britt Sand (2010) att det inte fanns något riktat stöd till anhöriga i åldern 45–65 år och att gruppen var mer eller mindre osynliggjord. I en uppföljande studie 2016 har hon påvisat att situationen inte är så mycket bättre nu.³¹

11.3 Uppmärksamma de anhöriga

Min bedömning: Anhöriga har en central roll för äldre personer som behöver stöd och omsorg i sin vardag. Anhöriga har en ibland inte tillräckligt uppmärksammas roll som medaktörer i den närståendes vård och omsorg. Det stöd som ges till anhöriga måste utformas individuellt och flexibelt.

De som ger omfattande omsorg har som vi sett en sämre självskattad hälsa än andra. Att känna ett stort ansvar för en omsorgsbehövande förälders välbefinnande i ett sammanhang där detta välbefinnande är beroende av hur en mängd andra aktörer agerar och samarbetar, kan utgöra en stor belastning om deras agerande och samarbete inte tillgodoser den närståendes behov. En utsatthet som upplevs svårare av dottrarna än av sönerna.³²

³¹ Sand, Ann-Britt. *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, rapport 2016:3.

³² Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett köns- perspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

Att bli bemött med värdighet och respekt, och att få vara en fullvärdig partner i vården och omsorgen om den närstående är viktigt för många anhöriga. Förutsättningar för trygghet för både de anhöriga och de närstående är en god vård och omsorg, liksom utbildad personal som förstår vikten av kommunikation med och information till de anhöriga, och som kan se de anhörigas behov av delaktighet. Kontinuitet är viktig för en relation mellan personal och anhöriga.³³

När den äldre personen ska skrivas ut från sjukhus efter att ha varit inläggad är anhörigas inställning, möjlighet och förmåga att hjälpa av avgörande betydelse. Både vården och omsorgen är beroende av de anhöriga, något som bör ses som en grundläggande utgångspunkt för en samordnad vård och omsorg om äldre personer och deras anhöriga.

De insatser som erbjuds de anhöriga bör vara proaktiva, det vill säga utformade så att stöd ges i en så tidig fas som möjligt. När stödet inte är tillgängligt kan detta minska anhörigas välbefinnande och öka deras belastning.³⁴

I det särskilda boendet bemöts lätt de anhöriga som "besökare". I sin avhandling problematiserar Jessica Holmgren detta. Varför inte vända på det utmanar hon, att det är personalen som är "pedagogiska, professionella och vårdande besökare" hos den äldre personen och hans familj.³⁵

Det finns skillnader i hur anhöriga bemöts av personal, och vilka förväntningar som ställs på dem, beroende av kön, etnicitet, samhällsklass och utbildning. Skillnader som kan förklaras av de outtalade könsroller som finns – att kvinnor till skillnad mot män förväntas svara för den kroppsnära omvårdnaden. Och att personer med socioekonomisk hög status har lättare att kommunicera, ställa krav och bli lyssnade på. När den närstående kommer från en annan kultur, och särskilt när hen inte kan tala svenska, får de

³³ Magnusson, L., Hanson, E., Larsson Skoglund, A., Ilett, R., Sennemark, E., Barbabella, F. & Gough, R. *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv*. (2016). Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Underlagsrapport-S201503_web.pdf (hämtad 2017-03-13).

³⁴ Lethin, Connie. *Informal caregivers to older persons with dementia in European countries – experiences, burden, well-being and support*. Diss., Lunds universitet, 2016.

³⁵ Holmgren, Jessica. *Conditions for relatives' involvement in nursing homes*. Diss., Karolinska Institutet, 2015.

anhöriga en förmedlingsroll som kan vara komplicerad. När det gäller hbt-personer saknas det skandinaviska studier.³⁶ För en del personer i den gruppen kan det vara ett problem att hen kan ha dolt sin relation och fortfarande känner sig otrygg att berätta eller inte vill berätta. Ett sätt att bemöta detta är enligt min bedömning att använda neutrala beteckningar för en relation för att öka känslan av inkludering.

Former för kommunernas anhörigstöd

I regeringens proposition inför lagändringen 2009 anges att med stöd menas olika insatser som primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta exempelvis de anhörigas situation.³⁷

Det kan t.ex. avse att se de anhöriga som en naturlig partner i triaden den närstående, anhörig och personal. ”Erkännande, respekt och delaktighet är kanske det allra viktigaste, enklaste och mest efterfrågade stödet”.³⁸

Kommunernas anhörigstöd kan både vara insatser som erbjuds generellt till alla anhöriga och anhörigstöd som är individuellt utformad för en viss anhörig och dennes närstående.

Insatsen kan ges i form av biståndsbeslut på begäran av den närstående, men där syftet också är att vara ett stöd för de anhöriga. Exempel kan vara utökad hemtjänst, avlösning i hemmet, led-sagning, dagverksamhet och korttidsplats.

Det är inte möjligt att bevilja ansökan från anhörig som gäller insats i form av exempelvis korttidsboende, dagverksamhet eller hemtjänst om den närstående inte önskar ta emot stöd i form av t.ex. avlösning i hemmet eller korttidsplats. Anhöriga har också rätt att ansöka om stöd för egen del. I författningskommentaren till 5 kap. 10 § SoL framgår dock att kommunerna har en skyldighet att erbjuda individuella stödformer till den anhöriga.

³⁶ Magnusson, L., Hanson, E., Larsson Skoglund, A., Ilett, R., Sennemark, E., Barbabella, F. & Gough, R. *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv*. (2016). Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Underlagsrapport-S201503_web.pdf (hämtad 2017-03-13).

³⁷ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 22.

³⁸ Socialstyrelsen. *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

Exempel på stöd till anhörig efter behovsprövning är utbildning om olika sjukdomar och funktionsnedsättningar, praktisk hjälp i hemmet, socialt stöd, stödsamtal eller samordning av insatser. Ansökan om bistånd sker då i första hand enligt 4 kap. 1 § SoL. Det finns inga begränsningar avseende den typ av stöd som de anhöriga kan ansöka om.³⁹ Många kommuner erbjuder också utan behovsbedömning visst stöd inom ramen för sitt generella stöd.

En väl fungerande vård och omsorg kan i sig ge de anhöriga ökad trygghet.

Olika former av tekniska hjälpmedel och välfärdsteknik kan också underlätta vardagen för de anhöriga. Hit hör, för att ta ett exempel, en matta som larmar om hens närstående vaknar och går upp, som kan innebära att den anhörige törs sova på natten. Denna insats förutsätter att den närstående själv vill ha insatsen.

Exempel på generellt stöd är anhörigrupper, föreläsningar, samtalsgrupper och studiecirklar.

I en skånsk studie jämfördes en grupp anhöriga som fick del av en riktad intervention med en kontrollgrupp. Den indikerar att information, undervisning och stödgrupper riktade till anhöriga kan minska risken för en försämrad livskvalitet.⁴⁰

I de flesta kommuner finns minst en, ofta flera personer som arbetar med anhörigstöd. De kallas vanligen anhörigkonsulent, anhörigombud eller anhörigsamordnare. De arbetar med att utveckla, informera om och erbjuda olika former av direkt stöd till anhöriga. I flera kommuner finns också demenssjuksköterskor och/eller demensteam som också arbetar med anhörigfrågor.⁴¹

Kommunernas information och uppsökande verksamhet är viktig för att nå de personer som vårdar en närstående, men inte har någon kontakt med varken kommunens äldreomsorg eller hem-sjukvård.

I regeringens proposition anfördes om kommunernas uppsökande verksamhet att ”informationsverksamheter kan genomföras med organisationer och sammanslutningar som tillvaratar de

³⁹ Socialstyrelsen. *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

⁴⁰ Dahlrup, Beth. *Family caregiving, a long and winding road. Aspects on burden and life satisfaction among caregivers from the general population study 'Good Aging in Skåne' and effects of psychosocial intervention*. Diss., Lunds universitet, 2015.

⁴¹ www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorigstod/ (hämtad 2016-12-03).

intressen som bl.a. anhöriga har, t.ex. anhörig-, pensionärs- samt handikapporganisationer. Även kommunens hemsida och massmedier kan nyttjas för detta ändamål.”⁴²

I Socialstyrelsens uppföljning av lagstiftningsändringen konstaterades att kommunerna behövde bli bättre på att informera om det stöd som de kan erbjuda och hur anhöriga kan gå tillväga för att ansöka om stöd, eller hur de kan få stöd på annat sätt och vilket stöd de kan få. Även samarbetet med föreningar och organisationer borde utvecklas.⁴³

Skillnader i omfattning av formell och informell vård och omsorg

Det kan vara så att äldre personer som har vård och omsorg sammantaget får mer insatser om de har barn än om de inte har det när formell och informell hjälp läggs samman.⁴⁴ Det har betydelse för om man beviljas äldreomsorg, och om den ges som hemtjänst eller i särskilt boende, om man bor tillsammans med någon eller inte, liksom om man har barn som hjälper.⁴⁵

Andelen med äldreomsorg har minskat för alla, och under slutet av 1900-talet var minskningen störst för de sammanboende.⁴⁶ Det saknas data om den utvecklingen fortsatt eller ej under 2000-talet.

I kommuner med generös tilldelning av hemtjänst gav anhöriga också mer hjälp (än motsatsen) enligt en studie från 2005 – vilket kan tolkas som att en generös äldreomsorg motiverar anhöriga att göra mera.⁴⁷

⁴² Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 26.

⁴³ Socialstyrelsen. *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Slutrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁴⁴ Larsson, Kristina. *According to need? Predicting Use of Formal and Informal Care in a Swedish Urban Elderly Population*. Diss., Stockholms Universitet 2004.

⁴⁵ Larsson, Kristina, Kåreholt, Ingemar och Thorslund, Mats. Care Utilisation in the last years of life in Sweden: the effects of gender and marital status differ by type of care. *Eur J Ageing* (2014) 11:349–359.

⁴⁶ Lagergren, Märten. Konsekvenser och effekter av ökad tillgång till service i hemmet. I *SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden, bilagedel D Service i hemmet*, från den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005.

⁴⁷ Socialstyrelsen. *Likhet inför äldreomsorgen? Kommunala variationer och de anhöriga*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

Liten kunskap om omfattning av kommunernas anhörigstöd

Det saknas statistik om omfattningen av kommunernas anhörigstöd. Det finns inget dokumentationskrav. Vissa insatser ges i form av t.ex. avlösning, ledsagning och hemtjänst, men dokumenteras då som insatser som beviljas den närstående. Det innebär enligt en rapport från Riksrevisionen att det är svårt för kommunerna att följa utvecklingen av sina insatser över tid, och än svårare för Socialstyrelsen att följa den på nationell nivå.

Riksrevisionen förordar en förbättrad kunskap på nationell nivå. Riksrevisionen framhåller i det sammanhanget den studie Socialstyrelsen gjorde 2012, men påpekar att den var en engångsföreteelse eftersom det inte finns något långsiktigt uppdrag till Socialstyrelsen att följa utvecklingen.⁴⁸

Anhörigstöd inom hälso- och sjukvården

Riksdagen har beslutat om ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30) som träder i kraft den 1 april 2017. De bestämmelser i nuvarande lag som refereras här återfinns likalydande i den nya lagen.⁴⁹

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, finns ingen motsvarighet till den i socialtjänstlagen lagreglerade skyldigheten att ge stöd till anhöriga, fränsett stöd till förälder med barn med funktionsnedsättning. Däremot har anhöriga en roll i lagstiftningen som reglerar hälso- och sjukvården. Som exempel kan nämnas att enligt 2 kap. 2 b § HSL, ska patienten och anhöriga ges information enligt 3 kap. patientlagen (2014:821), PL. Enligt 5 kap. PL ska patientens anhöriga få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta.

Vikten av att lyssna på, informera och involvera anhöriga i vården och omvårdnaden om en närstående behöver nog inte motiveras, den är eller bör vara självklar. Det kan gälla vid utskrivning från sjukhus, där de anhöriga ofta blir informationsbärare. Det kan gälla omvårdnadsinsatser i hemmet, där de anhöriga behöver få kunskap och stöd av distriktssköterskan och andra yrkesgrupper.

⁴⁸ Riksrevisionen. *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. Stockholm: RIR 2014:9.

⁴⁹ Proposition 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Det kan gälla ansvaret för den koordinering av olika vårdinsatser som de anhöriga ofta tvingas ta.

Jag har ingen anledning att anta annat än att kommunernas hälso- och sjukvård är väl integrerad i kommunernas stöd till anhöriga i de allra flesta kommuner. Ett exempel är demenssjuksköterska som finns i vissa kommuner, och som ofta svarar för en del av kommunernas anhängigstöd.

Många landsting erbjuder stöd genom t.ex. utbildningsgrupper och samtal.

Fast vårdkontakt⁵⁰ för personer som har flera sjukdomar samtidigt kan vara ett stöd för de anhöriga, givet att den fasta vårdkontakten utses och fungerar. I betänkandet *Effektiv vård* dras slutsatsen att lagens krav att erbjuda en fast vårdkontakt inte stärkt den personliga kontinuiteten.⁵¹

Traditionellt har distriktssköterskan kunnat ha en stödjande roll för anhöriga. Det finns ingen kunskap om hur husläkarreformen och kommunaliseringen av hemsjukvården har påverkat detta.

I Socialstyrelsens slutrapport från uppföljningen av lagstiftningsändringen 2009 konstaterades att många anhöriga och deras närstående har en tidig och långvarig kontakt med landstingets hälso- och sjukvård. Huvudmännen bör därför, enligt Socialstyrelsens bedömning, utveckla samarbetet kring de anhöriga. Ett sätt kan vara genom länsövergripande överenskommelser om samverkan mellan sjukvården och socialtjänsten när det gäller stödet till anhöriga.⁵²

Ekonomiskt stöd till anhöriga

En mindre del av anhängiginsatserna är avlönade, genom att en anhängig är anställd som personlig assistent eller anhängiganställd inom äldreomsorgen. Antalet anhängiganställda inom hemtjänsten var som högst på 1970-talet (cirka 24 000 personer), och minskade

⁵⁰ Verksamhetschefen ska se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt för patienten om det är nödvändigt, eller om en patient själv begär det (29 a § hälso- och sjukvårdslagen).

⁵¹ SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*. s. 260.

⁵² Socialstyrelsen. *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Slutrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

sedan till 1 881 personer 2006.⁵³ Sedan 2007 förs ingen statistik över antal anhöriganställningar på nationell nivå.⁵⁴

Hemsjukvårdsbidrag tillkom under 1950-talet för att kompensera landstingens brist på platser inom sjukhemsvården. Antalet som får bidrag har minskat sedan 1980-talet och var 2006 cirka 5 000 personer.⁵⁵

Vissa kommuner har anhörigbidrag/hemvårdsbidrag, som en kommun kan bevilja som bistånd enligt 4 kap. 2 § SoL. Såväl antalet kommuner som beviljar anhörigbidrag som antalet personer som erhåller anhörigbidrag minskade under 1990-talet. Den 1 oktober 2007 var drygt 5 200 närstående beviljade hemvårdsbidrag, vilket var en ökning jämfört med år 2000 med cirka 620 personer.⁵⁶

Både landstingens hemsjukvårdsbidrag och kommunernas hemvårdsbidrag är således förhållandevis marginella företeelser. Eftersom statistik inte samlas in går det inte att uttala sig om utvecklingen efter 2007.

En anhörig som vårdar en allvarligt sjuk närstående kan, med stöd av läkarintyg, beviljas närståendepenning, som är en del av socialförsäkringssystemet, och också ha rätt att vara ledig från sitt arbete.⁵⁷ Under år 2015 fick 15 670 personer närståendepenning. Av dem var tre fjärdedelar kvinnor. I genomsnitt hade den använts i 11,5 dagar, marginellt mer för män än kvinnor.⁵⁸

Tillsyn på nationell nivå

Kommunernas anhörigstöd har inte varit föremål för någon riktad tillsyn av Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Företrädare för IVO har uppgett till Riksrevisionen att

⁵³ Sand, Ann-Britt. *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, kunskapsöversikt 2010:1.

⁵⁴ Abbas, Päivi Maria. *Kommunala riktlinjer för anhöriganställningar*. Jönköping university, magisteruppsats, 2016.

⁵⁵ Magnusson, L., Hanson, E., Larsson Skoglund, A., Ilett, R., Sennemark, E., Barbabella, F. & Gough, R. *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv*. (2016). Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Underlagsrapport-S201503_web.pdf (hämtad 2017-03-13).

⁵⁶ Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 20.

⁵⁷ Lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.

⁵⁸ www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys2/Sjuk/narstaendepenning/ (hämtad 2016-11-28).

myndigheten inte heller kommer att initiera någon riktad tillsyn av anhörigstödet. Anhörigstödet har inte identifierats som ett riskområde av IVO.⁵⁹

Socialstyrelsens vägledning

Socialstyrelsen har gett ut en vägledning till kommunerna för tillämpningen av socialtjänstlagens bestämmelse om anhörigstöd. Där beskrivs vikten av att identifiera anhörigas situation och behov av stöd både när insatserna bestäms och när de utformas. Individens behov i centrum (IBIC)⁶⁰ lyfts fram som modell för detta.

Socialstyrelsen betonar i sin vägledning vikten av att ha ett anhörigperspektiv, se familjen som ett system och att ha ett preventivt synsätt, dvs. att med rätt stöd förebygga att de anhöriga blir fysiskt eller psykiskt utslitna. Vidare framhålls betydelsen att chefer och arbetsledare tar ansvaret för att utveckla anhörigstödet, följa upp hur det fungerar och främja samverkan med hälso- och sjukvårdshuvudmännen.⁶¹

Andra former av kunskapsstöd för anhöriga

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) i Kalmar startade 2008 på regeringens initiativ, och är en samarbetsresurs för att utveckla framtidens anhörigstöd.⁶²

Anhörigas riksförbund bildades 1996 som Anhörigrådet, och bytte 2007 namn till Anhörigas Riksförbund. Förbundet verkar för att stödja anhöriga som på olika sätt är med i vården av en närstående. Detta sker bl.a. genom den årliga Anhörigriksdagen och genom möten och konferenser. Arbetet i kommunerna sker genom de lokala anhörigföreningarna.⁶³

⁵⁹ Riksrevisionen. *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. Stockholm: RIR 2014:9.

⁶⁰ Modell utvecklad av Socialstyrelsen. Jag beskriver IBIC närmare i kapitel 14.

⁶¹ Socialstyrelsen. *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

⁶² www.anhoriga.se/om-oss/ (hämtad 2016-12-03).

⁶³ <http://anhorigasriksforbund.se/om-oss/organisation/> (hämtad 2016-12-03).

Det finns ett virtuellt nätverk för anhöriga och ett verktyg för kommuner och landsting att erbjuda stöd till anhöriga. Webbplatsen heter enbraplats.se. Tjänsten finansieras av kommuner som betalar en årlig avgift. Ingen formell utvärdering har gjorts av nyttan med detta virtuella nätverk.⁶⁴

11.4 Behov av ökad kunskap

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att regelbundet följa upp hur stödet till anhöriga som vårdar närstående fungerar. Ett jämställd- och jämlikhetsperspektiv ska särskilt beaktas.

Min bedömning: Det saknas kunskap om omfattning och effekter av huvudmännens stöd till anhöriga. En uppföljning så som den Socialstyrelsen genomförde 2012 bör upprepas regelbundet.

Kontinuerligt följa omfattning och utveckling av anhöriginsatser och huvudmännens stöd

I sin slutrapport från uppföljningen av lagstiftningsändringen 2009 konstaterade Socialstyrelsen att det inte finns underlag för att bedöma om lagändringen inneburit ett ökat stöd till anhöriga eller ej.⁶⁵

För att få kunskap om vad som hänt, och därmed underlag för vad som kan behöva göras, krävs att både omfattningen av anhörigas insatser och av kommunernas anhörigstöd, följs upp regelbundet. Riksrevisionens kritik mot bristerna i kunskap om anhörigstödet⁶⁶ är enligt min bedömning klart berättigad och kvarstår. Det kan noteras att Socialstyrelsens senaste mer omfattande kartläggning gjordes 2012.

⁶⁴ www.anhoriga.se/anhorigomraden/anhoriga-till-aldre/intressanta-exempel-pa-anhorigstod/e-tjanster-och-ny-teknik-for-anhoriga/gapet/ (hämtad 2016-12-03).

⁶⁵ Socialstyrelsen. *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Slutrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁶⁶ Riksrevisionen. *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. Stockholm: RIR 2014:9.

I sin slutrapport från uppföljningen av lagstiftningsändringen föreslog Socialstyrelsen

- att den offentliga statistiken inkluderar vårdens insatser till anhöriga,
- att stödet till anhöriga genom utveckling av klassifikations-systemet för vård- och omsorgsinsatser kan inkluderas i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens dokumentation,
- att kvalitetsregister prövar möjligheten att ta med anhörigstöd,
- att hämta in uppgifter om socialtjänstens stöd till anhöriga i Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning,
- att göra återkommande befolkningsstudier.⁶⁷

Mot bakgrund av detta föreslår jag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att regelbundet följa hur stödet till anhöriga som vårdar närstående fungerar. En möjlighet som också bör prövas är, som jag föreslår i kapitel 15, att Socialstyrelsen får i uppdrag att utveckla en form för regelbundna undersökningar riktade till anhöriga om vården och omsorgens kvalitet ur ett anhörigperspektiv.

Behov av forskning

Hur kön samverkar med klass, etnicitet och migrationsstatus vad gäller konsekvenserna av att ha vård- och omsorgsbehövande anhöriga är en angelägen forskningsuppgift skriver Petra Ulmanen i sin avhandling.⁶⁸

I det kunskapsunderlag som tagits fram av Nka för min utredning framhålls att merparten av de studier som gjorts avser äldre personer som bor i särskilt boende. Det finns behov av mer kunskap om kvalitet inom vård och omsorg ur ett anhörigperspektiv avseende hemtjänst, hemsjukvård och övrig hälso- och sjukvård. Rapportförfattarna påpekar också att merparten av alla studier

⁶⁷ Socialstyrelsen. *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Slutrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁶⁸ Petra Ulmanen. *Omsorgens pris i åttioårsåldern. Anhörigomsorg för äldre ur ett köns- perspektiv*. Diss., Stockholms universitet, 2015.

avser kartläggningar av anhörigas uppfattningar och inte de närstående egna uppfattningar.⁶⁹

Det finns inte heller några studier som belyser hur träffsäker och effektiv kommunernas uppsökande verksamhet till anhöriga är, och hur väl kommunerna lyckas med sitt preventiva uppdrag – att ge insatser redan när det börjar bli aktuellt för de anhöriga att få ett vård- och omsorgsansvar för sin närstående.

Det är mot den bakgrunden jag föreslår att Socialstyrelsen regelbundet ska följa upp hur kommunernas anhängstöd fungerar, och då särskilt beakta om det finns skillnader mellan t.ex. män och kvinnor, låg- och högutbildade och anhöriga födda i Sverige – födda i andra länder.

⁶⁹ Magnusson, L., Hanson, E., Larsson Skoglund, A., Ilett, R., Sennemark, E., Barbabella, F. & Gough, R. *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv*. (2016). Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Underlagsrapport-S201503_web.pdf (hämtad 2017-03-13).

12 Välfärdsteknik

12.1 Utgångspunkter

Enligt direktiven till utredningen ska ”Utredaren ... lämna förslag på hur välfärdsteknologi kan användas för en ökad kvalitet och effektivitet. Förslagen ska i analys vägas mot risker som bristande tillförlitlighet och säkerhet samt risker för isolering som en följd av att teknik kan ersätta mänsklig kontakt.”¹

Mina utgångspunkter är dels hur välfärdsteknik kan bidra till äldre personers möjlighet att vara självständiga och att underlätta kommunikation med såväl anhöriga som vård- och omsorgspersonal, dels hur den kan öka äldre personers trygghet och delaktighet. Används välfärdsteknik ska det vara för den äldre personens bästa, och det krävs noggranna analyser och överväganden om den kan inkräkta på äldre personens rätt till integritet och värdighet.²

Dessa utgångspunkter menar jag är av betydelse för att alla berörda ska kunna ha tillit till att teknikanvändning är till nytta för den som är användare. Välfärdstekniken kan leda till en ökad resurseffektivitet genom att personalen kan få tid till annat, men det får inte vara den primära drivkraften. Det finns osäkerhet om de rättsliga förutsättningar och det är angeläget att på olika sätt klargöra förutsättningarna och ge huvudmännen det stöd som krävs beträffande användning av välfärdsteknologi.

¹ Dir 2015:72. *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.*

² Det är enligt min mening inte motsats till en effektiv användning av resurser eller effektivare arbetssätt. Dessa möjligheter ska även de ytterst handla om äldre personers behov av en god vård och omsorg.

12.2 De som ska använda tekniken

Vi lever i ett alltmer digitaliserat samhälle. Användningen av ny teknik förändrar förutsättningar och villkor för företag och offentlig sektor likaväl som för enskilda – i alla åldrar.³

Den äldre personen är utgångspunkten

Jag har fokuserat på och främst uppmärksammat den del av välfärdstekniken som direkt berör den äldre personen själv och även hans anhöriga. Det handlar dels om teknik som inte kräver någon aktiv insats av den äldre personen, som sensorer i en matta eller trygghetskamera, dels om teknik där hen aktivt påkallar uppmärksamhet, som t.ex. aktiva larm. Även applikationer (appar) och liknande kan räknas hit om de används för personens kommunikation med omgivningen.

Välfärdstekniken kan också användas för att underlätta personalens arbete, vilket är önskvärt om arbetet kan utföras mer effektivt och med en högre kvalitet för den äldre personen och med bibehållen rättssäkerhet.

Vad tycker den äldre personen själv?

Min bedömning: Det behövs mer kunskap rörande äldre persons uppfattning om och erfarenhet av olika tekniska lösningar och då inte minst om motiven för de äldre personer som tackar nej till erbjudanden om välfärdsteknik. Detta kan ses som ett angeläget forskningsområde.

I Norge har Velferdsteknologi i Sentrum genomfört en kvantitativ och kvalitativ studie i centrala Oslo.⁴ De användare av välfärdsteknik som intervjuats inom ramen för denna studie hade upplevt

³ SOU 2015:91. Digitaliseringskommissionen. *Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden*. 2015.

⁴ Tre olika former av vad som i Norge ingår i välfärdsteknik användes – elektronisk påminnare att ta medicin och signal till sjuksköterskan om man missar, mobilt trygghetslarm och hälsocheck (blodsocker, spirometer, blodtryck, temperatur, vikt, frågor). Vanligast var medicinpåminnaren och mätning vikt.

ökad trygghet och minskad stress tack vare välfärdstekniken – givet att tekniken fungerar som det är tänkt, annars kan resultatet bli det motsatta.⁵ Eftersom välfärdsteknik har en bredare definition i Norge än i Sverige är inte resultatet av denna brukarundersökning fullt tillämplig på svenska förhållanden. I studien ingår även lösningar som enligt Socialstyrelsens definition kan räknas som telemedicin.

I Göteborg, Järfälla och Varberg genomfördes projektet ”Nattfrid” inom ramen för Hjälpmedelsinstitutets projekt ”Teknik för äldre”. Sammanlagt fick 23 personer prova tillsyn via kamera. Samtliga behövde någon som tittade till dem på natten. Några hade behov av fysisk hjälp och valde kameran som ett komplement till hembesöken. Vidare hade några haft personlig tillsyn tidigare och valde bort den därför att man inte var nöjd med den formen av tillsyn. Projektet utvärderades av FoU i Väst och FoU nu i Stockholms län.⁶ Av rapporten framgår att en majoritet var positiva till tillsyn via webbkamera. De flesta av de anhöriga som intervjuades kände sig trygga och nöjda med denna tillsyn. Även nattpersonal och biståndshandläggare bedömde att webbkamera är bra, särskilt för de som stördes av personliga hembesök på natten.⁷

Nacka kommun har deltagit i Innocare, ett EU-finansierat program där Nacka kommun har samarbetat med tre kommuner i Estland och Lettland. Målet med projektet var att förbättra livskvaliteten och öka tryggheten och säkerheten för äldre personer som bor kvar i sina hem genom att använda innovativ teknik i hemtjänsten. De produkter som ingick var fyra olika former av larm och tillsyn via kamera. De flesta som fått använda något eller flera av dem ansåg att de fått bättre livsvillkor tack vare dem. Personalen hade från början varit orolig för att tillsynskameran skulle bli integritetskränkande, men upplevde att det inte blivit så.⁸

⁵ Velferdsteknologi i Sentrum. *Införing av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartläggning av effekten*. Oslo: VIS, 2015.

⁶ FoU nu ägs av Stockholms läns landsting samt de sju kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna stad, Upplands-Bro och Upplands Väsby. FoU i Väst ägs av Kommunförbundet Göteborgsregionen.

⁷ Abrahamson Löfström, Carina och Larsson, Nina. *Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet, 2012.

⁸ Nestor. *Innocare – test av teknikprodukter i Nacka kommun*. Nacka kommun, Internrapport mars 2014.

Erfarenheterna från Västerås stad visar likaså att de som använder digital nattillsyn är positiva till att inte bli störda av nattpatrullen vid deras hembesök, och att det kan upplevas som ett mindre intrång i den personliga integriteten att tillsynen görs via en kamera än via ett hembesök.⁹

I en studie om anhörigas nytta av informations- och kommunikationsteknik hos anhörigvårdare i glesbygd jämfördes en grupp som fick stöd genom informations- och kommunikationsteknik (IKT) med en kontrollgrupp som erhöll traditionellt anhörigstöd. Undersökningsgruppen var mer nöjd med stödet de erhöll i jämförelse med kontrollgruppen. Deltagarna i undersökningsgruppen betonade värdet av att e-hälsostödet alltid var flexibelt och tillgängligt när behov av stöd uppstod.¹⁰

Äldre personer är en heterogen grupp, även när det gäller inställning till och användning av ny digital teknik. Ålder i sig innebär inte att hen är negativ eller känner sig främmande för tekniken. Tvärtom kan hen uppleva den erfarenhet och kunskap som hen fått under livet som en stor tillgång även vid användning av IKT.¹¹ Den snabba teknikutvecklingen kan vara en källa till oro och risk att hamna utanför det digitala samhället.¹²

Även om de studier som genomförts tyder på att flertalet av de som använt välfärdsteknik och deras anhöriga ser positivt på det, vet vi i dag allt för lite om hur äldre personer, beroende på utbildning, dataerfarenhet och hälsosituation m.m. ser på välfärdsteknik. Det behövs mer omfattande studier rörande användarnas syn på de tekniska lösningarna. Särskild uppmärksamhet bör riktas till de äldre personer som tackar nej till erbjudande om välfärdsteknik. Forskningen har till stor del handlat om dem som är positiva till tekniska lösningar. Socialstyrelsen kommer under 2017 att genomföra ett sådant arbete.

⁹ Skriftlig rapport från Västerås stad till utredningen, daterad 2016-11-22.

¹⁰ Blusi, Madeleine. *E-Health and Information- and Communication Technology (ICT) as Support Systems for Older Family Caregivers in Rural Areas*. Diss., Mittuniversitet, 2014.

¹¹ Kania-Lundholm, Magdalena och Torres, Sandra. The divide within: Older active ICT users position themselves against different 'Others'. *Journal of Aging Studies* 35 (2015) 26–36.

¹² Kania-Lundholm, Magdalena och Torres, Sandra. Keeping up with society: a critical perspective on older active users' understandings and engagement with ICTs. (Paper presented at the International Communication Association's Conference, June 9–12 in Fukuoka, Japan, (2016).

Det är också önskvärt att på lämpliga sätt bedöma hur äldre personer med nedsatt beslutsförmåga upplever olika former av stöd genom välfärdsteknik.

Båda dessa områden kan ses som angelägna forskningsområden, vilket bör beaktas av t.ex. Forte.

Ökande kunskap

Digital teknik blir i ökande utsträckning en del av vår vardag. När Ericsson och Electrolux i början av 2000-talet introducerade det ”smarta hemmet” var de lite för tidigt ute. I dag finns det bra och billig teknik och många har bredband av hög kvalitet. En vanlig användning är fjärrövervakning och fjärrkontroll av hemmet.¹³

Det blir allt vanligare att ha både dator, surfplatta och smart mobiltelefon. Nio hushåll av tio har en dator, åtta av tio har en mobiltelefon och nästan två tredjedelar en surfplatta. Bland äldre personer är användningen ovanligare. Hälften av de som fyllt 75 år är icke-användare. Trenden är dock att andelen användare av denna form av teknik ökar. För några år sedan var en tredjedel i åldersgruppen 66–75 år icke-användare, nu är den andelen nere i 14 procent.¹⁴

Merparten av morgondagens äldre personer kommer förmodligen att se digital teknik som en självklarhet när de behöver vård och omsorg. Bland dagens äldre personer är kunskap, erfarenheter och inställning sannolikt blandad. Det finns emellertid inget som tyder på att det finns ett motstånd kopplat till ålder i sig. Det kan också finnas olika uppfattningar hos den personal som ska använda de digitala tjänsterna både om nyttan med tekniken och hur de äldre personer de arbetar hos kan tänkas uppleva den.

¹³ Popp Larsen, Claus. *Från silo till samverkan – välfärdstjänster i det smarta hemmet*. I Digitaliseringskommissionen temarapport 2016:2 Det sociala kontraktet i en digital tid, Stockholm, 2016.

¹⁴ Arvidsson, Pamela och Findahl, Olle. *Svenskarna och Internet 2016, undersökning om svenskarnas Internetvanor*. Stockholm: Internetsiftelsen i Sverige, 2016.

12.3 Tekniken

Vad avses med välfärdsteknik?

Med välfärdsteknologi avses kunskap om välfärdsteknik. Det kan t.ex. avse hur det digitala samhället kan underlätta för personer med olika funktionsnedsättningar att enklare kunna hantera sin vardag, eller att få tillsyn och omsorg på ett smidigt sätt. Med välfärdsteknik avses själva tjänsterna och produkterna, insatta i sin kontext, när en viss teknisk lösning används i vård och omsorg.

Begreppet välfärdsteknologi myntades 2007 av den danska folketingsledamoten Sophia Haerstorp Andersen. I stället för att använda ordet *ambient assisted living* (det engelska ordet för välfärdsteknologi) satte hon samman välfärd och teknologi och skapade därmed ordet välfärdsteknologi. Även detta begrepp har dock saknat en entydig definition, och tolkats olika beroende av sammanhang.

Socialstyrelsen anger i sin termbank följande definition av välfärdsteknik:

Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.

Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående¹⁵, personal eller någon annan i personens närhet. Kan ges som bistånd, förskrivs som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg på samhällsnivå.¹⁶

En beskrivning av välfärdsteknologi från Nordens Välfärdscenter anger att det är en brukarorienterad teknologi som ska stödja och förstärka trygghet, säkerhet, dagliga göromål och rörlighet för äldre personer, personer med kroniska sjukdomar och personer med funktionsnedsättningar. Den ska också vara ett viktigt redskap för anhöriga och personal.¹⁷

¹⁵ Begreppet närstående ska här, med den nyare terminologin, ersättas med anhörig.

¹⁶ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=798> (hämtad 2016-11-15).

¹⁷ www.nordicwelfare.org/Om-oss/Valfardsteknologi/ (hämtad 2016-11-15).

Ökande användning i kommunerna

Hjälpmiddelsinstitutet gjorde 2012 en kartläggning av användningen av Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen i landets alla kommuner. I rapporten anges att det finns ett stort intresse från kommunerna. Ansträngd ekonomi och bristande kompetens är det som framförs som hinder. Teknikstöd som kameratillsyn och bildportstelefon var vanligare i större kommuner (> 75 000 inv.) än i mindre kommuner. I övrigt fanns det inga tydliga skillnader mellan kommuntyper.¹⁸

För tredje året i rad genomförde Socialstyrelsen 2016 en kartläggning gällande utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. År 2016 är första året då välfärdsteknik inkluderats. I rapporten konstateras att utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är svag. Mindre kommuner har inte resurser och kompetens att själva utveckla tjänster. Tjänster utvecklade av externa leverantörer har ofta inte fungerat på grund av att applikationer inte samspelar med kommunens verksamhetssystem eller med andra e-tjänster. Leverantörerna har hittills visat ett begränsat intresse för att utveckla e-tjänster kopplade till verksamhetssystemen.

Ingen absolut gräns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik

Min bedömning: Det nära sambandet mellan välfärdsteknik och hjälpmedel ställer krav på samverkan mellan kommunens och landstingets hjälpmedelsverksamhet samt med ansvariga för välfärdsteknik. Personal med kunskap om välfärdsteknik bör mot den bakgrunden ingå i kommunernas och landstingens hjälpmedelsverksamhet. Definitioner får inte hindra flexibilitet och anpassning till teknikutvecklingen.

¹⁸ Modig, Arne. *Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen. En kartläggning av samtliga Sveriges kommuner*. Sundbyberg: Hjälpmiddelsinstitutet, 2012.

Välfärdsteknik och hjälpmedel har många beröringspunkter. Det finns i dag ingen tydlig gräns mellan välfärdsteknik och hjälpmedel. Enligt Socialstyrelsens definition är hjälpmedel för det dagliga livet en

Individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning.¹⁹

I termbanken anger Socialstyrelsen följande kommentarer till definitionen:

- Exempel på sådana hjälpmedel är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringsystem och appar för påminnelser.
- Förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal.
- De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.²⁰

Välfärdsteknik enligt den svenska definitionen omfattar uteslutande digital teknik, vilket inte gäller för hjälpmedel. Vidare framgår av definitionen att hjälpmedel ska kompensera för en funktionsnedsättning medan definitionen av välfärdsteknik lyfter fram att den ska öka eller bibehålla trygghet, självständighet och delaktighet.

Hjälpmedel för det dagliga livet är alltid individuellt utprovade vilket inte välfärdsteknik behöver vara. De flesta hjälpmedel som förskrivs är medicinsk-tekniska produkter och omfattas därmed av särskilda krav, vilket sällan är fallet med välfärdstekniska lösningar. När hjälpmedel som förskrivs inte är medicinsk-teknisk produkt är patienten oförsäkrad. Det samma gäller om en välfärdsteknisk produkt förskrivs och den inte är en medicinsk-teknisk produkt.²¹

I både Danmark och Norge ingår såväl hjälpmedel, e-hälsa och telemedicin i begreppet välfärdsteknologi, vilket alltså är en vidare definition än den Sverige valt.

Det är i praktiken inte meningsfullt att dra en tydlig gräns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik. Ett GPS-larm är välfärds-

¹⁹ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=799> (hämtad 2016-11-15).

²⁰ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=799> (hämtad 2016-11-15).

²¹ Blomquist, Ulla-Britt och Nymark, Manólis. *Konsumentprodukter som hjälpmedel. En handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet (nu på Socialstyrelsens webbplats), 2014.

teknik som kan förskrivas som hjälpmedel, men också kan tillhandahållas som en del av omsorgen. Det går också att köpa på öppna marknaden och är då en helt privat angelägenhet. Inkontinensskydd är ett hjälpmedel med individuell utprovning. Men genom informationen från sensorer blir det lättare att anpassa inkontinensskydden utifrån den enskildes behov. Välfärdsteknik som en integrerad del i hjälpmedlet.

Det viktiga för mig är att teknik är relevant utifrån äldre personers behov av en god vård och omsorg. Otydlighet i ansvarsgränser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten riskerar att begränsa utveckling och användning av såväl välfärdsteknik som hjälpmedel.

Det är därför nödvändigt med samverkan mellan kommunerna och landstinget när det gäller den fortsatta utvecklingen. En fråga som behöver utredas vidare är om det behövs ett förtydligande i lagstiftningen när det gäller samverkan rörande välfärdsteknik och hjälpmedel, se avsnitt 12.5. Detta gäller inte minst frågan om det medicinska expertstödet bör finnas samlat inom landstinget och hur detta i så fall kan tillgängliggöras för kommunerna i de fall stödet behövs i frågor som ligger inom ramen för kommunens ansvar.

Några exempel på välfärdsteknik

Den vanligaste formen för välfärdsteknik är digitala trygghetslarm. Det område där digitaliseringen ökat mest är trygghetslarm. År 2016 fanns det 207 000 trygghetslarm, varav 48 procent var digitala, resten analoga. Motsvarande andel digitala larm var knappt 27 procent år 2015 och 14 procent år 2014. År 2016 erbjöd 37 procent av kommunerna enbart digitala larm. Det är en ökning jämfört med 2015 då bara 16 procent enbart erbjöd digitala larm, och 2014 då andelen var nio.²²

Den näst vanligaste formen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen är olika former av passiva larm, som larmmattor, dörrlarm, rörelselarm och andra sensorer. Av landets kommuner kan

²² Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

78 procent erbjuda passiva larm i ordinärt boende och 93 procent i särskilt boende.²³

Digital natttillsyn är en form för tillsyn där en kamera ersätter ett eller flera fysiska besök på natten. Av Socialstyrelsens kartläggning 2016 framgår att 356 personer i 55 kommuner hade digital natttillsyn. Kameratillsyn har förutsättningar att frigöra arbetstid till annat. Eftersom personen sover under tillsynen minskar kameratillsynen inte tid för personlig kontakt, och den som valt denna form av tillsyn kan tycka att det är skönt att inte bli väckt, som det finns risk för vid annan form av tillsyn. En förutsättning är enligt gällande lagstiftning, (se avsnitt 12.6) att den enskilde har beslutsförmåga, och själv vill ha dessa former av tillsyn, larm etc. För trygghetskänslan är det också viktigt att kunna vara säker på att den som övervakar via kameran har tillräcklig utbildning för att bedöma att inget har hänt den som får tillsyn.

Sensorer kan vara ett alternativ till kameratillsyn. Sensorer kan känna av om personen fallit, är på väg ut från lägenheten, har låg puls och liknande, och det kan av den enskilde upplevas mindre integritetskränkande att inte bli sedd genom en kamera.

En sensor som mäter olika viktiga hälsodata kan också vara till hjälp i hemsjukvården. Det kan t.ex. ge läkaren och sjuksköterskan bättre förutsättningar att arbeta proaktivt, genom att snabbare få uppgift om risk för undernäring, vätskebrist, yrsel, för högt eller lågt blodtryck etc.

En allt större andel av befolkningen har teknisk utrustning med GPS-funktion dygnet runt, t.ex. i mobilen. Det möjliggör att deras rörelser kan följas i realtid.²⁴ För dem som bor i ordinärt boende har 26 procent av landets kommuner beviljat enskilda personer mobila trygghetslarm, där det med hjälp av GPS ska gå att lokalisera var personen är.²⁵

Hälsorobotar är ett exempel på hur teknik kan göra en person med funktionsnedsättningar mindre beroende av andra för att klara

²³ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

²⁴ Jebari, Karim. *Digitaliseringen och välfärden: nya möjligheter och utmaningar*. I Digitaliseringskommissionen temarapport 2016:2 Det sociala kontraktet i en digital tid, Stockholm, 2016.

²⁵ Socialstyrelsen. *Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

sin vardag. Ett exempel är ätrobotar.²⁶ Ett annat är robotar som kan underlätta kommunikation med andra.²⁷ Roboten kan också vara ett gånghjälpmedel för äldre personer med synnedbjudning.

Hälsorobotar kan hjälpa personer med funktionsnedbjudning och äldre personer till ett mer självständigt liv. De kan också vara en del i en framtida lösning inom vård och omsorg. Utvecklingen av robottekniken är på snabb frammarsch.²⁸

Digitala minneshjälpmedel kan vara ett stöd för personer med nedsatt kognition, t.ex. personer med demenssjukdom. Även teknik som redan finns i hemmet kan användas, som mobiltelefonens möjlighet att påminna.²⁹

Smarta hem/hus är ett samlingsbegrepp för olika sätt att nyttja den digitala tekniken. Det är en marknadsbeteckning, men används också t.ex. i visningslägenheter där den digitala teknikens möjligheter visas.³⁰ Det kan t.ex. handla om att bli påmind om man glömt spisplattan på eller att dörren är stängd eller att kunna fjärrstyra olika funktioner som man har svårt att klara själv. Numera väl beprövad teknik, men det är ännu sällsynt att nya hus utrustas med denna teknik vid byggnationen.

Videokonferens kan ses som något som ligger i gränslandet mellan e-hälsa och välfärdsteknik. Som jag beskrivit i kapitel 10 om samordnad vård och omsorg används den bl.a. för att kunna genomföra vårdplaneringar på ett mer rationellt sätt.³¹ Videotekniken kan också underlätta kontakt för den äldre personen med anhöriga liksom med vårdpersonal.

Att delta i aktiviteter via nätet kan främja den äldre personens upplevelse av delaktighet.³² Surfplattor är ett annat exempel på hur det

²⁶ Oftast används en så kallad ätrobot av en person som har svårt att flytta sina armar. Den kan bäst beskrivas som en robotarm med en sked längst ut, som personen själv styr genom ett lämpligt manöverdon, t.ex. en knapp eller joystick.

²⁷ Roboten giraff består av en bildskärm med kamera, på en ställning försedd med hjul. Den används för att ringa och ta emot videosamtal.

²⁸ T.ex. Nilsson, Jonas. Appar, robotar & andra apparater. *Äldre i centrum* 4/2016.

²⁹ www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Du-som-arbetar-som/Arbeterapeut/Tank-enkelt-om-kognitiva-hjalpmedel/ (hämtad 2016-11-18).

³⁰ T.ex. www.micasa.se/Documents/Dokument/micasa_se/visningslagenhet.pdf (hämtad 2016-11-19).

³¹ T.ex. www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Samordnad-varldplanering/Videomote/ (hämtad 2016-12-10).

³² Larsson, Ellinor. *Promoting social activities and participation among seniors: exploring and evaluating social and Internet-based occupational therapy interventions*. Diss., Umeå universitet, 2016.

som för även en ökande andel äldre personer, nu är vardagsteknik som kan användas i vården och omsorgen om äldre personer. Med surfplattans hjälp kan man t.ex. ha kontakt med anhöriga, ta fram bilder eller göra ”virtuella promenader”, som underlag för samtal. I en studie i Göteborg kunde påvisas att äldre personer (snittålder 78 år) som fick pröva en surfplatta såg den som ett roligt tidsfördriv och ansåg att den ökade möjligheten att följa med i det som händer.³³

”Teknik för äldre”

Satsningen *Teknik för äldre*, som initierades av regeringen 2007, hade till syfte att stödja utvecklingsprocesser med målet att ge äldre personer förbättrad tillgång till funktionella och säkra produkter och tjänster där teknik underlättar olika aktiviteter i vardagen.³⁴

I den andra omgången som pågick 2010–2012 prioriterades bl.a. utvecklingen av äldreomsorg med hjälp av välfärdsteknik. I den utvärdering Hjälpmedelsinstitutet gjorde av *Teknik för äldre II* redovisar rapportförfattaren de viktigaste resultaten som;

- förstärkt samverkan över sektors- och förvaltningsgränser och med brukarorganisationer,
- en bekräftelse på att det är nytta med välfärdsteknologi,
- en bekräftelse på att bättre tillgänglighet i boendet ökar de äldres aktivitet, delaktighet och självständighet,
- utvecklat stöd till anhöriga och att olika former av teknik- och kommunikationstjänster blivit mer kända.

Hjälpmedelsinstitutet bedömde också med ledning av den kostnads/nyttanalyser som gjorts i vissa projekt att välfärdsteknik är lönsamt för samhällsekonomin.³⁵

Vilka av dessa resultat som blivit bestående är svårt att bedöma. Samverkan mellan olika offentliga aktörer och med civilsamhället kan ha blivit en del av vardagsarbetet, men samverkan är också

³³ Lindahl, Lisbeth. *Surfplattan öppnar en helt ny värld! Utvärdering av projekt eSenior*. Göteborg: FoU i Väst, 2014.

³⁴ S 2007/1889/ST Uppdrag att samordna genomförandet av Teknik för äldre.

³⁵ Hjälpmedelsinstitutet. *Teknik för äldre II, slutrapport*. Sundbyberg, Hjälpmedelsinstitutet, 2013.

skör, och kan ha upphört när det inte längre fanns en stödjande struktur i utvecklingsprogrammet *Teknik för äldre*.

Västerås var en av de tre kommuner där en större satsning genomfördes. Där lever verksamheten vidare under namnet VIKTiG. Från slutrapporten januari 2013 kan citeras ”Inom Västerås stad finns det sedan tidigare erfarenheter av arbete med välfärdsteknologi för äldre, vilket har bidragit till att projektet haft en tydlig arbetsmodell där äldres kunskap om sin egen livssituation är utgångspunkten för användningen av välfärdsteknologi.”³⁶

E-hälsa

Min bedömning: Välfärdsteknik ska ses i ett större sammanhang som gäller hela digitaliseringen av välfärden, med särskild anknytning till e-hälsa och Vision 2025. För att säkerställa en långsiktig och hållbar utveckling av välfärdsteknik i vård och omsorg om äldre personer bör den bli en viktig del i *Vision e-hälsa 2025*.

Även området e-hälsa är nära knutet till välfärdsteknik. Som en del i e-hälsa ingår också telemedicin. E-hälsa innebär användning av digitala verktyg och utbyte av information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa, vilket i princip innebär allt från telefoni och e-brev till digitala blodtrycksmätare och journalföring på dator. Telemedicin kan förklaras som hälso- och sjukvård som bedrivs på distans med hjälp av informations- och kommunikationsteknik.

I en gemensam Vision för e-hälsoarbetet fram till 2025 uttrycker regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en gemensam önskan att understödja arbetet att ta tillvara digitaliseringens möjligheter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I *Vision e-hälsa 2025* framhålls att begreppet välfärdsteknologi hänger nära samman med e-hälsa och digitalisering och ibland delvis är överlappande. Välfärdsteknik kommer att inbegripas i det kommande arbetet med visionen.

³⁶ Västerås stad, VIKTiG, *Västerås IKT i Gemenskap. Slutrapport januari 2013*. Västerås stad Dnr 2010/275-ÄN-752.

Arbetet med *Vision e-hälsa 2025* ska utvecklas utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Arbetet ska även beakta enskildas skydd mot intrång i den personliga integriteten, behovet av sekretesskyddad åtkomsthantering kring personuppgifter och samtyckesfrågor. Effektivitet är en annan utgångspunkt för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Regeringen och SKL undertecknade i januari en överenskommelse om handlingsplan för samverkan vid genomförande av *Vision e-hälsa*, som konkretiserar delar av visionen.³⁷

Det finns stora beröringspunkter mellan välfärdsteknik och, e-hälsa. Med strikta gränser mellan dessa områden finns risk att satsningar fragmenteras. För den enskilde individen är det ointressant om en insats ska räknas till välfärdsteknik eller e-hälsa. Det viktiga är att behoven tillgodoses på det sätt som är bäst för den enskilda personen. Jag vill se mer av helhetslösningar i stället för gränsdragningar som drabbar både kvaliteten i verksamheterna och fördyrar dem.

I de satsningar som genomförts i Danmark och Norge har det inte varit några gränsdragningar mellan välfärdsteknik, e-hälsa, telemedicin och hjälpmedel. I en studie från Oslo, som refereras i det följande, visades att välfärdstekniska lösningar minskade både antalet inläggningar på sjukhus och tiden för sjukhusvården. Från Danmark kan vi hitta exempel från behandling av sårvård. Personal inom hemtjänsten fotograferar med en mobilkamera personens sår och bilden överförs till sjukvården för en diagnosticering.

12.4 Etiska överväganden

Min bedömning: När en kommun eller ett landsting överväger att införa olika välfärdstekniska lösningar inom vården och omsorgen om äldre personer bör det vara tydligt vilka värden som kan uppnås och om det finns risker vad gäller teknisk säkerhet och för den enskildes integritet. Det är lämpligt att kommunerna utarbetar riktlinjer eller policys för vägledning i införandet som en del av sitt ledningssystem. Ett stöd i det arbetet kan bl.a. vara det material som Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har tagit fram.

³⁷ Handlingsplan för samverkan vid genomförande av *Vision e-hälsa*. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-01-19.

Jag vill först understryka att välfärdstekniken i sig inte innebär något nytt förhållningssätt vad gäller insatser inom vård och omsorg om äldre personer. De bedömningsgrunder som gäller för andra insatser gäller även välfärdsteknik. Den enskildes behov ska styra och besluten ska så långt det är möjligt utgå från dennes önskemål. Genom välfärdstekniken kan nya organisationsformer införas som komplement till dem som funnits tidigare.

Vården och omsorgen om äldre personer bör i utförandet av insatserna vara teknikneutral. Formen för insatserna avgör inte utan deras innehåll. Vad som borde få styra är enligt min bedömning vad som passar den äldre personen bäst. Vill hen ha sällskap bör det vara möjligt och vill hen gå ensam bör GPS kunna erbjudas för att öka tryggheten och säkerheten.

Med detta sagt vill jag lyfta fram att det finns svåra etiska frågor med välfärdstekniska lösningar som behöver bli föremål för särskilda konsekvensbedömningar. En central etisk fråga är hur välfärdstekniken påverkar integriteten. Med integritet avses då både rätt till en personlig och privat sfär, rätt till självbestämmande och att det inte får finnas risker för sekretessen när känsliga data lagras på nya sätt med den nya tekniken.

Välfärdsteknikens värde beror på sammanhanget

De etiska frågeställningarna beror på vilken typ av välfärdsteknik det rör sig om, syftet med den och vem som är betraktaren – användaren själv, anhöriga eller personalen.

Välfärdsteknik har potential att öka säkerhet och trygghet, ge en större självständighet och underlätta delaktighet och sociala kontakter – värdet av virtuell kontakt ska inte underskattas. Men det finns också risker, som att teknik ersätter sociala kontakter. Den kan öka oro och känsla av maktlöshet, om man t.ex. inte förstår, eller litar på tekniken eller inte längre klarar av den.

Självständigheten kan öka om man med den digitala teknikens hjälp kan äta själv, duscha och gå på toaletten utan att behöva hjälp av någon annan. Det kan öka välbefinnandet, och stärka den enskildes integritet. Men för den person där hjälparen är en viktig social kontakt kan resultatet bli det motsatta om tekniken innebär att tiden hemma hos hen dras ned.

Positionering genom GPS kan öka friheten, genom att hen kan gå på promenad även om hen har svårt att orientera sig i omgivningen – skulle hen gå vilse kan hen bli hittad. Men det innebär också en form av övervakning och begränsning om det kopplas till ett larm som ger personal eller anhöriga en signal om att personen lämnar ett i förväg definierat område. Avgörande för om detta kan användas är den äldre personens egen inställning. Samma etiska dilemma uppstår också när någon försöker följa med på promenad utan att den äldre personen själv vill det, men i det senare fallet kan det vara lättare att förklara och motivera den äldre personen att ta emot hjälpen.

En hälsorobot kan underlätta vardagen om den ersätter en för-lorad kroppsfunktion, men andra typer av robotar kan ha andra syften, t.ex. kommunikation och övervakning. De etiska aspekterna ser olika ut beroende på vilken typ av hälsorobot som är i fokus och hur den ska användas.

En annan etisk utmaning är hur den äldre personen ska kunna vara trygg med att uppgifter om hens hälsa och omvårdnadsbehov som lagras via olika former av digital teknik inte kan användas på ett obehörigt sätt. Detta gäller inte bara det som finns i patientjournaler och social dokumentation, utan även de uppgifter som t.ex. förs över via sensorer från den äldre personen till en server. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar i en delrapport från en pågående studie om denna problematik på att mer ändamålsenliga, användarvänliga och säkra system kan möjliggöra en effektiv informationsöverföring samtidigt som obehörig åtkomst och spridning av uppgifter förhindras.³⁸

Integritetsfrågan är vidare än bara frågan om att endast behöriga ska få tillgång till den information som kommer från sensorer och annan välfärdsteknik. När tekniken flyttar in i hemmet kommer den också nära i de miljöer där man traditionellt vill stänga dörren om sig. Och vi reagerar olika på hur bekväma vi är med en teknik som kan övervaka oss också där.

³⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016.

Etiska dilemman

Det finns många exempel på när någon form av välfärdsteknik kan vara önskvärd sett enbart utifrån den äldre personens bästa, men där de legala förutsättningarna inte medger användningen av välfärdstekniken. Att en personal kan uppleva att hen hamnar i valet mellan att göra gott och att göra rätt. Etiken hänger nära samman med de juridiska frågorna och olika etiska aspekter återkommer under avsnittet Rättsliga förutsättningar.

Vi kan föreställa oss Jean. Hen har en demenssjukdom, kan inte längre bedöma sin situation eller orientera sig i tid och rum, men hen kan fortfarande bo kvar hemma. För att vara säker på att allt är som det ska även på natten kommer nattpatrullen hem till hen. De senaste nätterna har personalen upptäckt att hen vaknat när nattpatrullen gått ut genom dörren, och blivit orolig, och vid ett tillfälle gått ut och letat efter den som försvann. I det här fallet skulle en kamera fungera bättre så att hen inte behövde vakna vid tillsynen. En bedömning som personalen gör är att det vore den bästa kvaliteten utifrån givna förutsättningar. De kan via kameran enkelt titta till hen då och då under natten kan ju personalen tänka. Men så får de inte göra, även om anhöriga tillstyrker en tillsyn med kamera.

Kim som flyttat till ett särskilt boende vill gärna gå ut, och vanligen hittar hen tillbaka igen. Men anhöriga är ändå oroliga, och även personalen, för att hen ska förirra sig. En anhörig köper en GPS som de vill att personalen ska sätta på Kim, men detta är inte heller möjligt.

För en tid sedan berättade en person för oss i utredningen om sin förälder. Hen bor på ett särskilt boende där det finns larmmattor vid varje säng. Föräldern tycker inte om det. Personalen har inte att göra med när jag ska gå på toaletten på natten, säger hen. Men föräldern har ju så lätt att ramla. Personalen uppmuntrar den anhörige att förklara för sin förälder att det ju är för hens egen säkerhets skull. Och både föräldern och anhörig tror att larmmattan måste vara där. Lyckas man inte motivera föräldern att samtycka till insatsen, kan den inte användas.

Det går att rada upp många exempel när välfärdsteknik av de rättsliga skäl som jag återkommer till längre fram inte kan användas även om den skulle medföra många positiva effekter.

Stöd i de etiska och rättsliga övervägandena

Socialstyrelsen har en webbsida med frågor och svar om välfärdsteknik. Där besvaras olika frågor kring vad som med nuvarande lagstiftning är tillåtet eller ej. En utgångspunkt är att det inte går att generellt ange vilka tekniska lösningar som är tillåtna respektive otillåtna. Det är många faktorer som påverkar den bedömningen, som till exempel vilka funktioner tekniken har, vem mottagaren för den är och vad som är syftet med lösningen. Detta innebär att en bedömning måste göras i varje enskilt fall. Utöver den enskildes samtycke ska tekniken, liksom annan hälso- och sjukvård och socialtjänst, utgå från den enskildes individuella behov och förutsättningar, och utformas och genomförs tillsammans med denne.³⁹

På Kunskapsguiden finns två webbaserade utbildningar om välfärdsteknik, varav den ena behandlar etik och integritet vid införande av välfärdsteknik.⁴⁰

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har i en rapport belyst etiska aspekter på robotar, övervakning med kamera och GPS-sändare i vården och omsorgen om äldre personer. I rapporten lyfts vikten av att ny teknik inte introduceras innan såväl säkerhets- som etiska aspekter analyserats. När en teknisk lösning erbjuds en person ska det alltid föregås av en individuell bedömning och att den som erbjuds insatsen samtycker utifrån att ha fått en god information. Den äldre personen ska om hen väljer bort den tekniska lösningen erbjudas ett annat fullgott alternativ.⁴¹

Personer med nedsatt beslutsförmåga

Om personer med nedsatt beslutsförmåga

I betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden om vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) ges följande definition avseende beslutsförmåga:

³⁹ www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/valfardsteknik (hämtad 2016-11-19).

⁴⁰ www.kunskapsguiden.se/utbildning/Etik-och-integritet-vid-inforande-av-valfardsteknik/Sidor/Default.aspx (hämtad 2016-11-19).

⁴¹ Statens medicinsk-etiska råd. *Robotar och övervakning i vården av äldre-etiska aspekter*. SMER rapport 2014:2.

En persons beslutsförmåga – förstått som förmågan att förstå en situation, värdera risk och nytta och sedan välja alternativ samt kunna uttrycka ställningstagandet i en given fråga i en viss situation – beror på personens fysiska, psykiska och intellektuella tillstånd i den specifika situationen. En person kan ha mer eller mindre nedsatt beslutsförmåga i den uppkomna frågan. Nedsättningen av beslutsförmågan kan vara tillfällig eller mer eller mindre permanent samt variera över tid. Beslutsförmågan kan självklart variera avsevärt beroende på vad som krävs för att kunna ta ställning i den specifika frågan i den aktuella situationen.⁴²

En person med partiellt nedsatt beslutsförmåga kanske kan fatta vardagliga enkla beslut om exempelvis mat och klädsel men inte om mer komplicerade frågor.

I nämnda betänkande framgår att en försiktig uppskattning ger vid handen att det finns mellan 130 000 och 170 000 vuxna personer i Sverige som har mer eller mindre varaktigt nedsatt beslutsförmåga och att antalet kommer att öka under de närmaste årtiondena, bland annat på grund av stigande antal personer med demenssjukdom.⁴³ Se kapitel 7.

Bedömningar av Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD) belyser i en rapport bl.a. etiska aspekter när olika tekniska lösningar används för personer med nedsatt beslutsförmåga. Rapporten redovisar erfarenheterna från försöksverksamheter i fem kommuner, varav tre är fokuserade på personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service om vissa funktionshindrade, LSS, och två på personer med demenssjukdom boende i särskilt boende. Med ledning av dessa försök drar myndigheten slutsatsen att välfärdsteknik och miljöanpassningar har potential att öka aktivitetsnivå, delaktighet och självständighet, minska beroendet av personalstöd och minska användningen av begränsningar och tvång.

En förutsättning för att projekt med larm kunnat prövas är bedömningen att välfärdsteknik kan användas även för personer med

⁴² SOU 2015:80. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.*

⁴³ Socialstyrelsen. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

nedsatt beslutsförmåga, givet att de etiska aspekterna beaktats. Att tekniken används för den äldre personens bästa. MFD anser att den tekniska lösningen vid en sådan prövning kan visa sig vara den etiskt bästa.⁴⁴ MFD har tagit fram ett frågeformulär som stöd vid bedömningen av om en teknisk lösning ska väljas eller inte.⁴⁵

Frågeställningarna kring samtycke och presumerat samtycke återkommer jag till i avsnittet om rättsliga förutsättningar. Jag bedömer att frågan är mer rättsligt komplicerad än vad som framgår av rapporten från MFD.

Jämlikhets- och jämställdhetsaspekter

Ett av målen med välfärdstekniken är att den ska kunna bidra till att vården och omsorgen ges på ett jämlikt och jämställt sätt. Det finns emellertid en del utmaningar, som behöver uppmärksammas.

En sådan är att det kan skilja mellan personer som har god utbildning och vana vid IT-lösningar och de som inte har det. Det kan påverka i vilken utsträckning den äldre personen efterfrågar eller erbjuder välfärdsteknik, om hen accepterar ett eventuellt erbjudande och har förmåga att använda tekniken. För personer som är i ett "digitalt utanförskap" kan steget att använda sig av välfärdsteknik vara långt. Såväl förhållningssättet till digital teknik, tillgången till och förmågan att använda skiftar, och beror på utbildning, ekonomi och var i landet man bor.

Sammanhängande med detta är också att skillnader i ekonomi kan påverka val av produkt. Om alla erbjuder bästa tänkbara produkt uppstår inga jämlikhetsproblem. Men om vissa produkter får köpas på den öppna marknaden, och vissa har råd att köpa en bättre, kan ekonomin påverka hur välfärdstekniken kan komma till nytta och för vem.

Även att installera bredband kan ställa sig alltför kostsamt, vilket kan innebära att nödvändig infrastruktur saknas i bostaden.

⁴⁴ Rydén, Monica. *Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2015.

⁴⁵ Sandman, Lars. *Etik och nedsatt beslutsförmåga. Etisk bedömning av användning av välfärdsteknologi för personer med nedsatt beslutsförmåga*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2015.

Av landets kommuner tar 99 procent ut avgift för trygghetslarm. I vissa kommuner ingår den inte i det lagreglerade högkostnadsskyddet. Om trygghetslarmet tillhandahålls enligt socialtjänstlagen har inte detta förfarande stöd i lag.

En hypotes är att män i högre grad än kvinnor blir erbjudna tekniska lösningar men utredningen har inte kunnat hitta några studier som kan belägga eller vederlägga detta.

Möjligheten att använda och förstå den nya tekniken kan också vara beroende av hans språkförståelse, och om information finns tillgänglig på det språk hen behärskar bäst.

Skillnader kan också uppstå på grund av hans personliga preferenser. För vissa personer är det naturligt att ställa krav, andra vill inte ligga till last, och kan då mot sin inre vilja säga ja till tekniska lösningar som kan spara personalens tid.

När en person med nedsatt beslutsförmåga inte har möjlighet att ta ställning till erbjudande om välfärdsteknik kan den inte, som redovisas i avsnitt 12.5, användas om den innebär ett ingrepp i den personliga integriteten. Det kan innebära att den som bäst behöver inte kan få del av tekniken.

Det finns också olikheter mellan kommunernas utbud, liksom tillgången, särskilt i glesbygd, till bredband och stabila mobilnät.

12.5 Rättsliga förutsättningar

I enlighet med vad som redogörs för i detta kapitel finns det hos kommuner både intresse och behov av att använda välfärdsteknik. Det är enligt min mening också önskvärt att välfärdsteknik ska kunna användas inom vården och omsorgen om äldre personer i ökande omfattning. Detta måste dock ske inom ramen för vad som är etiskt och rättsligt möjligt och lämpligt. De juridiska frågor som behandlas under detta avsnitt hänger därför nära samman med de etiska aspekter som tidigare har tagits upp.

Välfärdsteknik

Socialstyrelsen definierar, som jag nämnt tidigare, i sin termbank välfärdsteknik med att den kan ges som bistånd, förskrivs som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsument-

marknaden. Till denna definition kan enligt min mening tilläggas att välfärdstekniken kan användas som en del av utformningen av en insats inom vården och omsorgen om äldre personer. Mycket av det som nu diskuteras och prövas utgör välfärdsteknik som används som ett verktyg vid utförandet av insatser, och det är viktigt att även i detta sammanhang säkerställa att detta sker på ett rätts-säkert sätt och med den enskildes samtycke.

Det finns i dag svårigheter för kommuner och landsting att avgöra vad som utgör hjälpmedel och vad som är välfärdsteknik eller snarare vad som är hälso- och sjukvårdens ansvar respektive socialtjänstens ansvar. De grundläggande bestämmelserna om fördelning av ansvar för hjälpmedel mellan landsting och kommuner regleras i hälso- och sjukvårdslagen. I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården beskrivs närmare ansvar och forskrivningsrätt. Därtill har Socialstyrelsen gett ytterligare stöd och även gjort en kartläggning.⁴⁶

All erfarenhet talar för att oklarhet i ansvarsgränser kan leda till fördröjningar och försämringar i genomförande av insatser. Det har ofta upprepats att samverkan mellan huvudmännen ska ske med den enskilde i fokus. Detta gäller även den samverkan som behövs avseende hjälpmedel och välfärdsteknik.

Socialtjänstlagen

I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, slås redan i den s.k. portalparagrafen i 1 kap. 1 §, fast att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Vidare framgår av 3 kap. 5 § SoL att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med hen. Dessa bestämmelser är av grundläggande betydelse för socialtjänstens arbete och måste naturligtvis även beaktas i fråga om användande av välfärdsteknik, oavsett om den ges som bistånd eller om den ingår i utförandet av tjänsten.

⁴⁶ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

Betydelsen av att den enskilde och dennes företrädare ges ett verkligt inflytande över insatserna i omsorg och vård av äldre, understryks även i förarbetena till bestämmelsen i 3 kap. 3 § första stycket SoL om att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. I 3 kap. 5 § Sol anges att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med hen.

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag med bestämmelser om mål, skyldigheter och rättigheter. För rätt till bistånd fordras som huvudregel att den enskilde ansöker om detta. Rätten till bistånd regleras i 4 kap. 1 § första stycket SoL som också gäller bistånd i form av exempelvis hemtjänst och särskilt boende för äldre.

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § sista stycket SoL). I 5 kap. 4 § första stycket SoL finns den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Där anges att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I förarbetena framgår att ett av skälen till bestämmelsen var rapporter som visade att äldre personer inte ges tillräckligt utrymme att vara delaktiga i planeringen av de insatser som beviljats.⁴⁷

Värdegrunden omfattar såväl handläggning av ärenden som utförande av insatser. Vidare följer det av 5 kap. 5 § SoL att äldre personer ska kunna välja hur stöd, hjälp och service ges.

Kommunens ansvar för särskilt boende framgår av 5 kap. 5 § första stycket SoL, medan ansvaret för hemtjänst och dagverksamhet följer av 3 kap. 8 § SoL.

I 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, finns olika krav på särskilda boendeformer. I förordningsmotivet⁴⁸ anges bland annat följande.

Förordningen reglerar inte på vilket sätt personal kan uppmärksamma att en boende har behov av hjälp och därför kan den som bedriver ett särskilt boende själv bedöma på vilket sätt tekniskt stöd kan vara lämpligt. Det är viktigt att tekniskt stöd används på ett sådant sätt att det inte är till nackdel för den enskilde.

⁴⁷ Proposition 2009/10:116, *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 20.

⁴⁸ Förordningsmotiv 2016:1.

I 11 kapitlet i socialtjänstlagen finns handläggningsregler där det bland annat framgår att det finns en dokumentationsskyldighet för såväl handläggning av ärenden som genomförande av insatser.

När det gäller välfärdsteknik är det viktigt att det alltid finns ett tydligt förhållningssätt och rutiner som stöd för avgörande om vad som kan begäras som bistånd och vad som utgör en del av verkställigheten.

En annan viktig fråga är hur det bäst säkerställs att den äldre personen får ett verkligt inflytande på frågan om användning av viss välfärdsteknik oavsett om den utgör bistånd eller en del i verkställigheten av biståndsbeslutet. Även om välfärdstekniken används som en del i utförandet, ska det när så krävs alltid göras övervägande utifrån individuella förutsättningar och den enskildes vilja. Vidare behöver det finnas stöd för när frågan om användande av viss välfärdsteknik vid genomförande av en insats bör hanteras i samband med biståndshandläggningen av insatsen eller exempelvis genom användande av hälso- och sjukvårdens kompetens på det särskilda boendet eller i hemsjukvården.

Det finns osäkerhet avseende många av dessa frågor trots det stöd som Socialstyrelsen har lämnat.

Enligt 2 kap. 5 § SoL kan socialnämnden träffa avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Detta kan ytterligare aktualisera behov av att socialtjänsten har tydliga rutiner för vad som behöver klargöras beträffande den äldre personens inställning till välfärdsteknik redan i samband med biståndshandläggningen.

Hälso- och sjukvårdslagen

Av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå i särskilt boende och dagverksamhet samt att kommunerna även kan erbjuda hemsjukvård. (Regeringen överlämnade i november 2016 en proposition med förslag till en ny hälso- och sjukvårdslag till riksdagen.⁴⁹ Riksdagen beslutade om den nya

⁴⁹ Proposition 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

hälso- och sjukvårdslagen den 1 februari 2017 och den träder i kraft den 1 april 2017.⁵⁰)

I 2 § första stycket HSL anges som övergripande mål för hälso- och sjukvården, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt andra stycket samma paragraf ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Patientlagen

Enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL syftar lagen till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ska också stödja patientens möjligheter att medverka och vara medskapande i sin vårdprocess.

Patienten ska, enligt 3 kap. 1 § PL, få information om bland annat sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning och metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Informationen ska, enligt 3 kap. 6 § PL, anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Med ”andra individuella förutsättningar” avses t.ex. funktionsnedsättning, utbildning, könsidentitet, religion och andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges. Mottagarens önskan att avstå från information ska dock respekteras.

Enligt 3 kap. 7 § PL ska den som ger informationen så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligt om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om hen ber om det.

Den som lämnar informationen måste, enligt förarbetena, hjälpa mottagaren att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande. I detta ingår att så långt

⁵⁰ Bet. 2016/17:SoU5 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, rskr. 2016/17:141.

som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.⁵¹

Hälso- och sjukvården ska, enligt 5 kap. 1 § PL så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I paragrafen tydliggörs att ett minimikrav för patientmedverkan är att det både finns en viljeyttring angiven och att patienten utifrån sina individuella förutsättningar, ska kunna medverka praktiskt.

Samtycke enligt patientlagen

I 4 kap. 2 §, PL, anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke, om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. 1 och 2 §§ PL.

Detta samtycke till hälso- och sjukvård kan komma till uttryck muntligt eller skriftligt eller genom patientens handlande, s.k. konkludent eller tyst samtycke. Enligt förarbetena kan detta exempelvis ske genom att patienten visar genom sitt agerande att han eller hon samtycker till en åtgärd, genom att exempelvis underlätta vid blodprovstagning.⁵²

I bestämmelsen anges även att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke.

Undantag i patientlagen från krav på samtycke

För att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa finns i 4 kap. 4 § PL ett undantag från huvudregeln om krav på samtycke i 4 kap. 2 §, som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en akut nödsituation med stöd av paragrafen kan ge hälso- och sjukvård till en patient, som inte är i stånd att samtycka till vården.

Det är bara sådan vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska således vara fråga om sådan nödvändig

⁵¹ SOU 2015:80. Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning.*

⁵² Proposition 2013/14:106. *Patientlag.*

vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning.⁵³

Denna bestämmelse gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans hälsa, då exempelvis patienten är medvetslös. Bestämmelsen ska därför inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutoförmögen hälso- och sjukvård, som inte är av akut karaktär. Bestämmelsen är däremot tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.⁵⁴

När det gäller behov av att fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutoförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär hänvisas i förarbetena till den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § Brottsbalken. Enligt denna bestämmelse utgör en gärning som någon begår i nöd brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig.

Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. Jag vill dock i detta sammanhang hänvisa till vad som i betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*⁵⁵ (SOU 2015:80) uttrycks om detta enligt följande:

Nödbestämmelsen behandlar frågan om frihet från straffrättsligt ansvar men har kommit att tillämpas analogt också i fråga om ansvar enligt lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område och skadeståndsrättsligt ansvar. Den ska endast tillämpas i undantagsfall och den har inte tillkommit för att regelmässigt användas som grund för rättsenligt handlande inom hälso- och sjukvården. Vårdåtgärder torde inte kunna vidtas under en längre tid under åberopande av någon slags fortlöpande nöd. Denna begränsning är särskilt betydelsefull just när det gäller vården av personer som varaktigt saknar förmåga att fatta egna beslut. Vidare kan en restriktiv tolkning av nödregeln anses motiverad i de fall det är fråga om begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. RF.⁵⁶

⁵³ Proposition 2013/14:106. *Patientlag*, s. 57.

⁵⁴ SOU 2015:80. Utredningen om beslutoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*. s. 470.

⁵⁵ SOU 2015:80. Utredningen om beslutoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*.

⁵⁶ Regeringsformen (1974:152).

Regeringsformen

I betänkandet av Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning finns en utförlig redogörelse för vad som utgör tvång och betydande intrång i den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (1974:152), RF.⁵⁷

Enligt denna bestämmelse är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande.

Vidare är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Vad som avses med övervakning respektive kartläggning får, enligt förarbetena, bedömas med utgångspunkt från vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Både åtgärdens omfattning och arten av det intrång åtgärden innebär ska beaktas vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång”. Åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan också ha betydelse vid bedömningen.

Bestämmelsen omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär.⁵⁸

Välfärdsteknik och samtycke

Frågan om i vilken utsträckning välfärdsteknik kan användas i vård och omsorg av personer med nedsatt beslutsförmåga, har tagits upp av Integritetskommittén i sitt delbetänkande⁵⁹, som bland annat konstaterar följande:

⁵⁷ SOU 2015:80. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.*

⁵⁸ Proposition 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 250 f.

⁵⁹ SOU 2016:41. Integritetskommittén. *Hur står det till med den personliga integriteten? En kartläggning av Integritetskommittén.*

Många av de tjänster som personer med avsaknad av beslutsförmåga har behov av kan inte i dag ges med uttryckligt och tydligt lagstöd i lagstiftningen på omsorgens område. Lagstiftningen på omsorgens område tillhandahåller alltså inte verktyg för att tillgodose att dessa personer ges insatser på lika villkor som andra. Utredningen om hjälp vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning har lämnat förslag till lagstiftning som gör det möjligt att utse företrädare för personer som inte har förmåga att i olika situationer själva ta ställning i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård och omsorg.

Användning av olika digitala och tekniska lösningar i socialtjänsten såsom kameraövervakning, GPS-sändare och sensorer m.m. innefattar hantering av mycket nära och känsliga uppgifter om enskilda personer med stort hjälpbehov. Socialtjänsten berör stora delar av befolkningen. Äldre personer behöver ofta någon form av hjälp och stöd från socialtjänsten. Det finns oklarheter i lagstiftningen om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med hjälp av välfärdsteknik⁶⁰.

I betänkandet anses att det även finns risker för bristande informationssäkerhet och bristande ansvarstagande för hur uppgifter hanteras. Kommitténs sammantagna bedömning är att det föreligger allvarliga risker för den personliga integriteten i samband med hantering av personuppgifter inom socialtjänstens användning av välfärdsteknik.

I betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:85)⁶¹ lämnas förslag till en ny lag med bestämmelser om företrädare för vuxna och som inte har förmåga att i olika situationer själva ta ställning i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård och omsorg.

I lagförslaget görs undantag för åtgärder som innebär tvång samt åtgärder som innefattar betydande intrång i den personliga integriteten och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

⁶⁰ SOU 2016:41. Integritetskommittén. *Hur står det till med den personliga integriteten? En kartläggning av Integritetskommittén*. s. 272 f. I betänkandet anses det även finnas risker för bristande informationssäkerhet och bristande ansvarstagande för hur uppgifter hanteras. Kommitténs sammantagna bedömning var att det föreligger allvarliga risker för den personliga integriteten i samband med hantering av personuppgifter inom socialtjänstens användning av välfärdsteknik.

⁶¹ SOU 2015:80. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*.

I förslaget till författningskommentaren till detta undantag konstateras att det sker en snabb utveckling av välfärdsteknologi. Vidare anges att

Åtgärder som visserligen begränsar rörelsefriheten men som är klart förenliga med personens bästa och som har till syfte att utgöra ett stöd för personen och aktivera eller annars hjälpa honom eller henne faller därför utanför tvångsbegreppet. Detsamma gäller vissa åtgärder förenliga med personens bästa som har till syfte att skydda honom eller henne från t.ex. fall och andra skador. Om den enskilde på något sätt motsätter sig åtgärden är den, liksom vad gäller alla andra åtgärder, dock att betrakta som tvång och den kan då inte sättas in med stöd av ett samtycke från en företrädare enligt LSH.⁶²

När det gäller undantaget för åtgärder som ges skydd genom 2 kap. 6 § andra stycket RF, om personen inte lämnar samtycke, anges bland annat att ”Hur den teknik som används är konstruerad torde t.ex. ha betydelse för om åtgärden ska anses utgöra ett betydande intrång eller inte. Begreppet ”kartläggning” i denna lagstiftnings kontext bör dock innefatta en begränsning till mer systematiska och strukturerade kontrollåtgärder.”

I propositionen *Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna* lämnas förslag till framtidsfullmakter, som ger enskilda möjligheter att utse någon som kan ha hand om deras personliga och ekonomiska angelägenheter om de senare i livet inte själva kan det. Framtidsfullmakten blir giltig när den enskilde blir beslutsoförmögen. Fullmaktshavaren kan bland annat tillse att den enskilde får omsorg genom socialtjänsten. I förslaget görs dock undantag så att bestämmelserna inte blir tillämpliga avseende hälso- och sjukvård.⁶³

I doktrin och praxis framgår beträffande samtycke att det med nuvarande lagstiftning inte heller finns möjlighet för anhöriga och gode män eller andra att lämna samtycke till användning av integritetskänslig välfärdsteknik vid utformning av insatser.

I betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning* anges att det inte finns några regler som

⁶² SOU 2015:80. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*. s. 709. LSH = betänkandets förslag om lag om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till hälso- och sjukvård och omsorg.

⁶³ Proposition 2016/17:30. *Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna*.

innehåller uttryckliga krav på samtycke eller krav gällande hur ett samtycke ska lämnas inom socialtjänstområdet. Utredaren anger att det därför torde finnas ett visst utrymme att använda olika former av s.k. presumerade, och i vissa fall hypotetiska, samtycken men det är oklart i vilka situationer och under vilka förutsättningar.⁶⁴ Detta betänkande har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det är riktigt att det för socialtjänsten inte finns motsvarande bestämmelser om form för samtycke som nu finns i patientlagen avseende hälso- och sjukvården. Det innebär att det exempelvis i särskilda boenden finns olika tillämpningar för samtycke i en verksamhet som styrs av såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen. Enligt min mening finns också oklarhet om vilket utrymme det faktiskt finns för hypotetiskt eller presumerat samtycke i socialtjänsten.

Det kan tilläggas att Socialstyrelsen i en rapport *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna – Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2016* har angett bland annat följande:

När det gäller juridiska överväganden konstaterade Socialstyrelsen i samma rapport bland annat att verksamheter som styrs av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Detta innebär att frivillighet för den enskilde är utgångspunkten för alla insatser. Insatserna enligt dessa lagstiftningar kan sägas grunda sig på samtycke från den enskilde. Det finns dock inte definierat i lagstiftningen eller i de förarbeten som denna grundas på vad som krävs för att ett samtycke ska vara giltigt eller vilka former av samtycken som kan accepteras i olika situationer. Socialstyrelsen konstaterade vidare att det också fanns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver anpassa det regelverk som gäller vården och omsorgen. Detta behov har funnits sedan tidigare vad avser SoL, HSL m.fl. lagar och har nu blivit än viktigare i samband med att patientlagen (2014:821) trätt i kraft. Där finns visserligen uttryckliga regler om samtycke m.m. men det har ännu inte hunnit utvecklas någon praxis angående tillämpningen.

⁶⁴ SOU 2015:80. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.*

I samma rapport framgår att många kommuner efterfrågar stöd beträffande användande av bland annat kameratillsyn och GPS-larm samt att Socialstyrelsen med anledning av detta har producerat en webb-utbildning på temat etik och välfärdsteknik.⁶⁵

Med uttryckligt samtycke menas att den enskilde aktivt aningen skriftligen eller muntligen eller genom t.ex. en jakande nick ger sitt samtycke till viss åtgärd. Medan ett s.k. presumerat samtycke innebär att något förutsätts förenligt med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck. Vidare talas om hypotetiskt samtycke som en särskild form av presumerat samtycke. Med hypotetiskt samtycke avses att något samtycke inte föreligger rent faktiskt, men att den det gäller skulle ha samtyckt till åtgärden om hen hade haft möjlighet att ta ställning i frågan.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett bedömningsstöd skrivit följande beträffande personer med demenssjukdom eller demensliknande symtom:

Personer som har demenssjukdom eller demensliknande symptom har alla en individuell problematik och således skiljer sig deras förmåga att lämna samtycke till olika tekniska lösningar åt. Förmågan kan också variera för den enskilde individen från dag till dag. Detta betyder att verksamheten alltid måste arbeta systematiskt för att göra den enskilde delaktig utifrån dennes förmåga och ständigt överväga om ett samtycke kan anses föreligga.

Det är dock inte ovanligt att dessa personer saknar kognitiv förmåga att förstå utformning och funktion av olika typer av tekniska lösningar. Det är inte heller ovanligt att dessa personer saknar förmåga att ge uttryck för sin inställning. Detta medför att det enda samtycke som kan bli aktuellt är ett hypotetiskt samtycke.⁶⁶

IVO anser att ett sådant samtycke kan godtas för vissa tekniska lösningar under vissa begränsade förutsättningar.

Enligt min mening behöver denna fråga utredas vidare.

⁶⁵ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

⁶⁶ Inspektionen för vård och omsorg. *Tekniska lösningar vid särskilt boende för äldre*. Örebro: Inspektionen för vård och omsorg 2016-02-24, s. 4 f.

Kameraövervakningslagen

När det gäller kameraövervakning finns särskilda bestämmelser i kameraövervakningslagen (2013:460). Denna lag gäller som huvudregel kameraövervakning med TV-kameror, eller därmed jämförbar utrustning, som är uppsatta så att de, utan att manövreras på platsen, kan användas för personövervakning samt behandling av bild- och ljudmaterial som tagits upp vid sådan övervakning. Vidare finns i kameraövervakningslagen särskilda regler om bl.a. säkerhet för ljud- och bildmaterial, vidarebehandling, förbud mot överföring av visst material till tredjeland, tystnadsplikt och utlämnande av uppgifter samt skadestånds- och straffansvar i vissa fall. Slutligen finns bestämmelser som reglerar hur länge ljud- och bildmaterial från kameraövervakning får bevaras.

Kameraövervakningslagen är tillämplig i särskilda boenden samt vid kommunens tillsyn i den äldre personens hem i samband med hemtjänst.

Kameraövervakning av plats dit allmänheten inte har tillträde

För platser dit allmänheten inte har tillträde krävs varken tillstånd eller anmälan för kameraövervakning, men dessa platser omfattas enligt 22 § kameraövervakningslagen som huvudregel av krav på att den som ska övervakas ska ha samtyckt till övervakningen. Samtycket ska vara informerat och uttryckligt och den övervakade har rätt att när som helst återkalla sitt samtycke.

Beträffande detta samtycke uttalar IVO att det ska vara en frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring från den enskilde och förutsätter att den som ska övervakas fått information och fullt ut förstår innebörden av samtycket. Att ett samtycke ska vara frivilligt innebär att den som ska samtycka upplever att hen har ett fritt val.

När det gäller att den enskilde ska uppleva att samtycke till kameratillsyn är frivilligt menar jag att detta ställer särskilt stora krav på den som inhämtar samtycket, exempelvis i samband med inflyttning till särskilda boenden som har utformats med kameratillsyn. Det torde kunna finnas viss risk att den enskilde kan känna det svårt att neka samtycke till kameratillsyn, om nekandet framstår som en extra belastning för verksamheten.

Från huvudregeln om att det ska finnas samtycke till kameraövervakning finns det i 23 § kameraövervakningslagen ett undantag. Det innebär att kameraövervakning av en plats dit allmänheten inte har tillträde får bedrivas om övervakningen behövs för att förebygga, avslöja eller utreda brott, förhindra olyckor eller andra berättigade ändamål. Övervakningsintresset ska väga tyngre än den enskildes intresse av att inte bli övervakad (integritetsintresset).

Enligt förarbetena ska denna proportionalitetsavvägning (kallad överviktsprincipen) göras i varje enskilt fall och varje kamera ska bedömas för sig. Vidare ska – innan kameraövervakning tillgrips – prövas om andra, mindre ingripande åtgärder kan vara tillräckliga för att komma till rätta med problemen. Det är den som bedriver övervakningen som ska visa att övervakningsintresset väger över integritetsintresset.⁶⁷

Vid bedömningen enligt överviktsprincipen ska särskilt beaktas hur övervakningen ska utföras, om teknik som främjar skyddet av den enskildes personliga integritet ska användas och vilket område som ska övervakas. Det har också betydelse när och hur länge övervakningen ska pågå.

Enligt 24 § kameraövervakningslagen ska den som bedriver kameraövervakningen se till att övervakningen inte sker i större omfattning än vad som behövs för att tillgodose ändamålen med övervakningen.

Utgångspunkten i kameraövervakningslagen är att kameraövervakning endast ska utgöra ett komplement till andra åtgärder. Kameraövervakning ska således inte ses som ett hjälpmedel som ska användas i stället för andra säkerhetsåtgärder eller förebyggande insatser. Om kompletterande åtgärder har försumrats, kan det komma att påverka bedömningen av behovet av kameraövervakning och i förlängningen medföra att övervakningen inte är tillåten.⁶⁸

Datainspektionen har med anledning av en anmälan från IVO granskat kamaraövervakning i korridorer i ett särskilt boende, där en majoritet av de boende har demenssjukdom.

I boendet sker övervakning av korridorer på respektive avdelning med hjälp av kameror, som är kopplade till rörelsesensorer i

⁶⁷ Proposition 2012/13:115. *En ny kameraövervakningslag*, s. 80–84.

⁶⁸ Proposition 2012/13:115. *En ny kameraövervakningslag*, s. 80–84.

korridorerna. Behörig personal kan via krypterad överföring få larm och kan då på sina bärbara enheter se bilder från övervakningskameran och bestämma vilken åtgärd som ska vidtas. När personalen har svarat på larmet försvinner bilden från de bärbara enheterna. Övervakning sker endast när ett larm har gått. Kameraövervakningen är endast aktiverad mellan klockan 21.00–07.00 alla dagar.

I beslutet konstaterar Datainspektionen att kameraövervakningen gäller platser dit allmänheten inte har tillträde och bedömde att övervakningen var förenlig med undantagsbestämmelsen i 23 § kameraövervakningslagen. Vidare anger Datainspektionen följande:

Datainspektionen anser att integritetsintresset generellt sett gör sig starkt gällande i korridorer och gemensamhetsutrymmen på ett särskilt boende, eftersom det handlar om kameraövervakning i en boendemiljö där de boende inte kan välja bort att bli övervakade. Att syftet med övervakningen är att skydda de boende minskar dock integritetsintrånget till viss del. Integritetsintrånget minskas ytterligare genom att övervakningen endast sker i realtid samt genom att tiderna för övervakningen begränsas till tider då normalt sett endast ett fåtal personer uppehåller sig inom de övervakade områdena.

Kameraövervakningen har vidare begränsats på flera sätt för att minska integritetsintrånget.

Med hänsyn till att syftet med kameraövervakningen är att skydda de boende från olyckor som för de berörda personerna kan få allvarliga konsekvenser, att övervakningen är begränsad till att endast ske i korridorerna på det aktuella boendet och inte inne i de boendes egna rum, att övervakningen endast sker i realtid och under de tider då övervakningsbehovet är som störst och integritetsintresset som minst, samt att alternativa rimliga åtgärder till övervakningen har prövats och bedömts vara otillräckliga, anser Datainspektionen att bolagets övervakningsintresse väger tyngre än de boendes och övriga berördas intresse att inte bli föremål för den aktuella övervakningen. Dessutom är bilderna endast tillgängliga för en begränsad krets ur personalen med utpekade arbetsuppgifter kopplade till den avdelning som en viss boende vistas på.⁶⁹

Datainspektionen har i sin bedömning inte tagit hänsyn till annan lagstiftning.⁷⁰ Det finns inte heller i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen eller patientlagen någon bestämmelse om motsvarande proportionalitetsavvägning.

⁶⁹ Datainspektionen Tillsyn enligt kameraövervakningslagen (2013:460)- kameraövervakning av särskilt boende. Datainspektionens beslut 2016-12-06. Dnr 1545- 2016.

⁷⁰ Ibid.

Jag anser att även fråga om hur krav på samtycke i dessa lagstiftningar förhåller sig till beslut som bygger på överviktsprincipen behöver utredas vidare.

Stöd i tillämpning av gällande rätt och behov av fortsatt utredning

Mitt förslag: En särskild utredning ska tillsättas för att överväga behov av ytterligare lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen samtidigt som rättssäkerheten garanteras.

Mina bedömningar: Lagförslagen i betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden om vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) har betydelse för användningen av välfärdsteknik och bör genomföras så snart som möjligt.

Mot bakgrund av undantagen i ovan refererade betänkande och i propositionen *Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträderskap för vuxna* (prop. 2016/17:30) finns det ändå behov av ny utredning om behov av ytterligare lagändringar avseende möjligheter att använda välfärdsteknik och hjälpmedel för personer med nedsatt beslutförmåga. Behov av utredning och övervägande om ytterligare lagförslag understryks av de olika bestämmelserna om samtycke för socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvården och undantag från samtycke i kameraövervakningslagen.

Det finns också behov av utredning om det krävs lagändring för att stärka skyddet för personuppgifter, i samband med användande av välfärdsteknik.

Vidare bör det övervägas om det behövs lagändring avseende krav på samverkan mellan ansvariga för hjälpmedel respektive välfärdsteknik.

Det är knappast möjligt för *Integritetskommittén*, att inom alla de områden som kommitténs arbete omfattar, ge de konkreta lagförslag som kan behövas om den digitala tekniken och den personliga integriteten. Det är inte heller möjligt för min utredning att ta fram

förslag inom de, enligt min bedömning, komplicerade rättsliga områden som berörs. Jag anser det emellertid angeläget att en särskild utredning får i uppdrag att se över behov av ytterligare lagförslag. Detta avser dels möjligheterna att använda välfärdsteknik och hjälpmedel i insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga i situationer som inte omfattas av lagförslagen i betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden om vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) och i propositionen *Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna* (prop. 2016/17:30), dels att överväga behov av lagstiftning i syfte att stärka den personliga integriteten i samband med hantering av personuppgifter vid användning av välfärdsteknik och olika digitala och tekniska lösningar i socialtjänsten såsom digital nattillsyn, GPS-sändare och sensorer m.m.

När den föreslagna utredningen presenterat sitt förslag och ny lagstiftning är på plats, behöver berörda myndigheter ta fram stöd rörande socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens användning av välfärdsteknik inom vård och omsorg. I uppdraget bör ingå att ge kommuner och landsting ytterligare stöd avseende klargörande av ansvarsfrågor avseende hjälpmedel och välfärdsteknik.

När det gäller framtidsfullmakter så har även Socialstyrelsen vid beredning av förslaget i propositionen om framtidsfullmakter, avseende undantaget för hälso- och sjukvård tagit upp att detta kan leda till praktiska problem, om en person får både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten.⁷¹

Behovet av en utredning och övervägande om ytterligare lagförslag understryks också av de olika bestämmelserna om samtycke för socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvården och undantag från samtycke i kameraövervakningslagen.

När det gäller behov av eventuell reglering i lag avseende krav på samverkan mellan ansvariga för hjälpmedel respektive välfärdsteknik, så har det berörts ovan under avsnitten 12.3 och ovan i 12.5.

⁷¹ Proposition 2016/17:30. *Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna*. s. 29.

12.6 Personalen

I denna utredning är det den äldre personen som är i fokus, och min utgångspunkt är att det alltid är dennes behov och önskemål som ska styra val av insatsform och arbetsmetoder. För att ny teknik ska kunna fungera på ett tryggt och bra sätt krävs att personalen har tillräcklig kunskap om tekniken, vet syftet med den, och att arbetet organiseras så att den nya tekniken kan bli en integrerad del. Den digitala tekniken kan också vara enbart avsedd för personalen, men ändå indirekt innebära en säkrare vård och omsorg för den äldre personen. Vid införandet av ny teknik är det därför angeläget att personalen är involverad, får utbildning och tekniskt stöd, så att de kan känna sig trygga vid användningen av tekniken.

Behov av kompetenslyft

Mina bedömningar: Kommunerna och landstingen bör som huvudmän för vård och omsorg om äldre personer, erbjuda personal inom vård och omsorg om äldre personer möjligheter till fortbildning om välfärdsteknik.

Jag stöder Digitaliseringskommissionens förslag att regeringen i överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting genomför ett digitalt kompetenslyft hos chefer, ledare och berörda politiker i Sveriges kommuner, samt anslår medel för en sådan utvecklingsinsats under sex år.

Även om digital teknik används allt mer för att underlätta vardagen är den ännu, fränsett i vissa föregångskommuner, inte så etablerad inom kommunernas vård och omsorg om äldre. För att en satsning på välfärdsteknik ska bli framgångsrik måste enligt min bedömning de tekniska lösningarna vara enkla, personalen kunnig och positiv och den äldre förstå och se den digitala tekniken som användbar.

Det är angeläget att chefer och ansvariga är medvetna och har kompetens om på vilka sätt den egna verksamheten kan digitaliseras eller kommer att påverkas av andras digitalisering.

Biståndshandläggarnas roll förändras också. De måste kunna medverka till att den äldre personen får större kunskap om olika

lösningar, och därmed bättre möjligheter att välja den lösning som passar bäst.

Arbetsmiljön i en digital tid är ett annat viktigt område där mycket förändrats och kommer att fortsätta förändras. Det kan t.ex. handla om följderna av kraven att som personal vara formbar i en ständigt pågående verksamhetsutveckling. Även den psykosociala miljön innehar utmaningar där teknikstress i allt större utsträckning har uppmärksammats.⁷²

För att ett skifte mot mer teknik ska fungera krävs också att teknik kommer in i vårdutbildningarna. Anställda inom vård och omsorg om äldre personer behöver en övergripande kunskap om ny teknik inkluderande välfärdsteknik. För att personalen ska kunna arbeta på en digitaliserad arbetsmarknad som kontinuerligt kommer kräva nya kunskaper och förmågor ställs nya krav på utbildningssystemen och formerna för fortbildning och kompetensutveckling.

Det är också min förhoppning att kommunerna genomför fortbildningar inom välfärdsteknik för berörd personal. I rapporten *Velfærdsteknologi og uddannelse af personale från Nordens Välfärdscenter*, föreslås att utbildning av personal ska ingå i nationella strategier för välfärdsteknik och innovationer i respektive nordiskt land. Vidare föreslås att de nordiska kommunerna i högre grad prioriterar fortbildning av sin personal inom dessa områden.⁷³

Erfarenheter från Norge visar att kommunernas användning av välfärdsteknik inom hälso- och omsorgstjänster är komplexa processer som kräver förändringar i kultur, kompetens och sättet man faktiskt ger tjänster på. Det handlar först och främst inte om teknik utan mest om att ändra arbetssätt och hur man organiserar tjänsterna när en del av uppgiften ska lösas med hjälp av teknik.

Digitaliseringens möjligheter realiserar när verksamhetsutveckling sker integrerat med digitalisering. Digitala verktyg och tjänster möjliggör nya processer, former och sätt att erbjuda service och välfärdstjänster till människor men också till att organisera och förvalta de offentliga verksamheterna. Det ställer krav på det politiska och förvaltande ledarskapet på alla nivåer. Livslångt lärande,

⁷² SOU 2015:91. Digitaliseringskommissionen. *Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden*.

⁷³ Söndergaard, Dennis m.fl. *Velfærdsteknologi og uddannelse af personale*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter, 2016.

utbildning, kompetensutveckling och omskolning blir allt viktigare för individer, företag och samhälle. För att kunna ta tillvara all kompetens i samhället behöver könsbalansen inom IT-området bli jämnare.⁷⁴

Digital teknik som stöd i arbetet

Min bedömning: Välfärdsteknik har förutsättningar att underlätta arbetet i vård och omsorg om äldre personer, men får inte införas på sådant sätt att det innebär att äldre personer upplever att de inte har en reell möjlighet att välja bort den tekniska lösningen.

Digital teknik kan underlätta för personal inom vård och omsorg om äldre personer att snabbt ha tillgång till relevant information om den äldre personen, liksom kunskapsstöd. Den kan också underlätta kommunikation med kollegor – en undersköterska kan t.ex. lättare få tag på en sjuksköterska när behov finns av den kontakten

Så kallade smarta telefoner ger helt andra möjligheter att få tillgång till viktiga uppgifter om de personer man ska hem till, liksom att kunna få råd och lätt få fram viktiga telefonnummer om något hänt – den äldre personen är yr, mycket trött, kanske förvirrad för att ta ett exempel på vad som kan möta en undersköterska när hen kommer hem till en äldre person. Den kan också underlätta att informera den personal som ska komma hem till den äldre nästa gång vad den ska tänka på. Den kan påminna om insatser som inte får glömmas bort. Allt för att säkra kvaliteten i vården och omsorgen.

Det kan dock finnas andra, mer etiskt tveksamma användningar av tekniska lösningar – om de görs generellt och enbart med syfte att rationalisera arbetet. I sig är det förstås inte fel att utföra arbetet så klokt och rationellt som möjligt, och då också nyttja modern teknik. Men om, för att ta ett exempel, ett särskilt boende utrustas med digital natttillsyn i bostaden, för att kunna minska på nattbe-

⁷⁴ SOU 2015:91. Digitaliseringskommissionen. *Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden.*

manningen är det enligt min bedömning ett alltför stort ingrepp i den personliga integriteten. Om någon boende önskar kameror eller sensorer i sin egen lägenhet är det oproblematiskt, men att generellt införa en sådan teknisk lösning kan innebära minskat utrymme för enskilda som vill flytta till boendet att välja bort dessa tekniska lösningar. Införande av denna typ av välfärdsteknik får aldrig göras på sätt som innebär att äldre inte kan känna en reell möjlighet att välja bort den tekniska övervakningen i enlighet med vad som framgår under avsnitt 12.5.

12.7 Myndigheterna

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD) har redan i sin instruktion ett tydligt ansvar för frågor gällande välfärdsteknik. Av denna framgår att myndigheten ska ”utveckla kunskap om hur samspelet mellan generella välfärdsteknologilösningar och personligt utformade hjälpmedel för den enskilde” samt ”följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi...”.⁷⁵

Utifrån sin instruktion har också MFD arbetat med olika regeringsuppdrag med inriktning mot välfärdsteknik. Nedan redovisas några av de uppdrag som tilldelats av regeringen.

Myndigheten har ett uppdrag om digitala tjänster och välfärdsteknologi för att ge goda förutsättningar för utveckling och implementering av välfärdsteknik i kommunerna.⁷⁶

Inom ramen för detta uppdrag har MFD särskilt satsat på stöd och utbildning till kommunerna i tekniska frågor avseende digitala trygghetslarm. I samverkan med Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) har MFD tagit fram en nationell referensprofil för trygghetslarm, omfattande SCAIP-standard och stöddokument, kompbilitetsfaktorer samt teknisk informationssäkerhet. Detta underlag har införts i det nya ramavtalet för upphandling av trygghetslarm, som sker via SKL Kommentus Inköpscentral.

⁷⁵ Förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

⁷⁶ Regeringen. *Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård*. Regeringsbeslut 2014-12-18 S 2014/1398/FST.

MFD kommer att fortsätta denna samverkan med SKL för att upprätthålla och uppdatera den tekniska referensprofilen, med målsättning att kunna möta behoven av nästa generations trygghetslarm.⁷⁷

För att stödja kommunerna i införandet av ett systematiskt arbetssätt för att kvalitetssäkra trygghetslarmsprocessen, har MFD i samverkan med Linköpings kommun tagit fram ett digitalt ledningssystem. En inventering avseende kommunernas behov av kravspecifikationer visar att behovet framför allt gäller tre områden: tillsyn på natten, GPS-larm samt sensorer (exempelvis falllarm).⁷⁸

I uppdraget till MFD har också ingått att bygga upp en nationell plattform för information, kunskap och kompetensstöd. Utifrån detta uppdrag har myndigheten skapat Facebook-gruppen Forum för välfärdsteknologi, där personer som är verksamma inom området kan dela kunskaper och erfarenheter.

MFD deltar i nationell och internationell standardisering inom områden som tillgänglighet, hjälpmedel och informations- och kommunikationsteknik.⁷⁹ Vidare har MFD byggt upp en resurs med experter som kommunerna kan vända sig till för kunskapsstöd.

Under vintern 2016 lanserade myndigheten ”Välfärdsteknologisnurrar”. Den är ett verktyg som ger indikation på vilka investeringskostnader och effektiviseringar som kan förväntas vid implementering av natttillsyn via webbkamera och tillsyn under dagtid baserat på videokommunikation. Snurrar bygger på en enkel modell som drar generella slutsatser från beräkningar av investeringar och effektiviseringar från erfarenheter i tre kommuner. I verktyget finns förinställda nyckeltal som bland annat visar antal personer som har hemtjänst samt kostnader per timme, restider och befolkningsstäthet. Nyckeltalen kan justeras utifrån de förhållanden som gäller för den kommun som använder ”välfärdsteknologisnurrar” för att beräkna sina kostnader.⁸⁰

⁷⁷ Regeringen. *Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård*. Regeringsbeslut 2014-12-18 S 2014/1398/FST.

⁷⁸ Myndigheten för delaktighet. *Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016.

⁷⁹ Myndigheten för delaktighet. *Handlingsplan för standardisering-slutrapport*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2014.

⁸⁰ www.mfd.se (2017-02-06).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen arbetar på eget initiativ med att stödja kommunerna med frågor om välfärdsteknik. Myndigheten bidrar till att säkerställa att välfärdsteknik införs och används utifrån de kriterier som ingår i God vård och omsorg: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Socialstyrelsen tar i samverkan med MFD fram kunskapsstöd kring juridiska frågor (t.ex. Frågor och svar om välfärdsteknik).⁸¹ Utifrån sitt uppdrag tar Socialstyrelsen även fram utbildningar, rapporter och meddelandeblad för att stödja socialtjänsten att använda välfärdsteknik för att uppnå god vård och omsorg. Socialstyrelsen gör årliga uppföljningar av e-hälsa- och välfärdsteknik.

E-Hälsomyndigheten

E-Hälsomyndigheten arbetar för ett bättre informationsutbyte inom hälsa, vård och omsorg. En av dess viktigaste uppgifter är att leda och samordna regeringens initiativ inom e-hälsa, både på nationell och på internationell nivå. Myndigheten ska bidra till en bättre hälsa, vård och omsorg genom att arbeta för att digitaliseringens och e-hälsans möjligheter används på ett sätt som gynnar samhället och individen.⁸² Ett exempel är arbetet för gemensamma standarder för att system ska kunna kommunicera med varandra. Detta arbete sker tillsammans med Vinnova.

12.8 Nordiskt samarbete

Min bedömning: Ett nära samarbete med de nordiska länderna är av stor betydelse, såväl för att ta vara på kunskap och erfarenheter från varandra som att kunna få ner utvecklingskostnader och tillsammans utgöra en större marknad och en starkare part vid utveckling och köp av teknik. Regeringen bör ta initiativ till ett utökat nordiskt samarbete avseende standards, kunskapsuppbyggnad och utvecklingsarbete.

⁸¹ www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/valfardsteknik (hämtad 2016-12-09).

⁸² <https://www.ehalsomyndigheten.se/> (hämtad 2016-11-18).

Danmark

När man i Danmark talar om välfärdsteknologi menas teknik som syftar till att ombesörja välfärdsinsatser. Ibland används i Danmark begreppet vardagsteknologi, vilket innefattar alla tekniker som gör livet lättare för den enskilde människan. Det är alltså en vidare definition än den svenska.

Den danska Digitaliseringsstyrelsen lyfter särskilt fram fyra produkter i sin välfärdspolitiska satsning:

- lyfthjälp
- vasketoiletter (toalett som också tvättar användare genom vattenstråle och varmluft)
- bättre bruk av hjälpmedel
- ätrobotar i hemmen

Danmark började tidigare än övriga nordiska länder med planmässiga satsningar på välfärdsteknologi. Regeringen, Kommunernas Landsförening och Danska Regionerna har formulerat en offentlig strategi för digital välfärd för åren 2013–2020.⁸³ Regeringen har avsatt tre miljarder Dkr. i Fonden för velfærdsteknologi.

Strategin ska leda till mer och bättre välfärd för pengarna genom att använda de teknologiska möjligheterna. Genom strategin ska man erhålla en snabbare nationell utbredning av utprövade lösningar. Det finns sju fokusområden i strategin för digital välfärd:

- utbredning av telemedicin i hela landet,
- effektivt samarbete inom hälsoområdet,
- välfärdsteknologi inom äldreomsorgen,
- nya digitala vägar i samband med handläggning av ärenden,
- digital undervisning och inlärning,
- digitalt samarbete på undervisningsområdet.

⁸³ Regeringen/KL/Danske regioner. *Digital velfærd, en lettere hverdag*. September 2013.

Ett avtal har träffats mellan staten och kommunerna om välfärdsteknologi. Det gäller i tre år och omfattar fyra områden. De fyra områdena är av praktisk karaktär och omfattar konkreta produkter. Ett syfte med de statliga bidragen är att ge kommunerna incitament till innovationer som sparar arbetskraft. Det som ska uppnås är en god arbetsmiljö, en god ekonomi och god kvalitet.

Ambitionen är att frigöra 500 miljoner Dkr. i kommunerna ”til anden borgernaer velfærd”.⁸⁴ I vilken mån detta är ett realistiskt mål är svårt att uttala sig om med säkerhet. Den bedömning som utredningen erfarit vid sina kontakter med danska myndigheter och kommuner är att välfärdstekniken ger besparingar. Det finns dock inga utvärderingar gjorda som kan bekräfta detta antagande. En uppfattning som utredningen mötte vid studiebesök i Danmark var att välfärdsteknik sparar resurser men inte nödvändigtvis ökar kvaliteten. Meningarna är dock delade, det finns också mer positiva bedömningar av effekterna på kvaliteten.

Norge

I Norge presenterades 2011 utredningen *Innovasjon i omsorg* som behandlar framtidens utmaningar inom omsorgen.⁸⁵ Utredningen resulterade i att Norges Helsedirektorat fick uppdraget att utarbeta en konkret aktionsplan för hur man ska säkra användningen av välfärdsteknik i omsorgstjänsterna.

Direktoratet lämnade förslaget *Morgondagens omsorg 2012* till Stortinget. Förslaget resulterade i ett nationellt program för välfärdsteknologi. Målet är att välfärdsteknik ska vara en integrerad del av omsorgerna före 2020. Programmet omfattar 32 kommuner och består av ett antal delprojekt. Dessa programkommuner ska utprova tekniska lösningar och satsa på innovationer. Vidare ska de ta fram praktiska verktyg för kommunerna och nödvändig kunskap för nya lösningar. Genom det nationella programmet ska välfärdstekniska lösningar vidareutvecklas och spridas. Uppgiften läggs på programkommunerna som erhåller ekonomiskt stöd för detta.

⁸⁴ Citat från PPT-presentation danska Digitaliseringsstyrelsen för utredningen 10 mars 2016.

⁸⁵ NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*.

Det norska Helsedirektoratet föreslår att begreppet välfärdsteknik delas in i följande områden:

- trygghetsskapande teknologier
- teknologier för att klara vardagen
- utrednings- och behandlingsteknologier
- välbefinnandeteknologier (wellnes).⁸⁶

I betänkandet *Innovasjon i omsorg* definieras välfärdsteknik enligt följande:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkleste evne til å klare sig selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende [anhøriga] og eller bidra til å forbedre tilgjengelighet, resursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.⁸⁷

Även i Norge används således begreppet välfärdsteknik i en vidare betydelse/innebörd än i Sverige.

Norge har en särskild forskningsorganisation, SINTEF, med över 2 000 anställda. SINTEF:s vision är ”teknologi for et bedre samfunn” Denna forskningsorganisation deltar i utvecklingen av välfärdsteknik.⁸⁸

Nordens Välfärdscenter

Nordens Välfärdscenter (NVC) har under ett antal år behandlat frågor gällande välfärdsteknik på nordisk nivå. NVC vill öka kunskap och fördjupa samarbetet mellan de nordiska länderna, bl.a. kring standardisering av digitala trygghetslarm.

För att öka den nordiska samverkan har NVC drivit projektet Connect. Syftet var att skapa en komplett ”verktygslåda”, ”best practice” för den process som arbetet med välfärdsteknik innebär.

⁸⁶ Helsedirektoratet. Første Gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Helsedirektoratet dec 2015.

⁸⁷ NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, s. 99.

⁸⁸ www.sintef.no/om-sintef/ (hämtad 2016-12-09).

Bl.a. samlades goda exempel in från tio av de ledande nordiska kommunerna. Från Sverige deltog Västerås och Göteborg. Genom en gemensam nordisk process är syftet att underlätta kunskaps- och erfarenhetsutbyte, vilket kan ge förutsättningar för en gemensam nordisk marknad.⁸⁹

Projektet konstaterade att det var likartade utmaningar för kommunerna i hela Norden oavsett skillnader vad gäller utveckling, marknadsstyrka och kompetens. Problemen formulerades enligt följande

- För många projekt som gav för små resultat.
- Kommunerna upplever att de är unika. Detta leder till för många likartade projekt och därmed ett slöseri med resurserna.
- Svag gemensam nordisk marknad. Den nordiska marknaden för välfärdsteknik är fragmentiserad. Det skapar hinder för utvecklingen.

I slutrapporten konstateras att välfärdstekniken är ett område som är uppenbart lämpat för nordiskt samarbete, eftersom länderna är mycket lika varandra vad gäller samhällets åtaganden inom vården och omsorgen om äldre personer. Projektet har skapat ett tätare samarbete både över gränserna och mellan kommunerna från varje land.⁹⁰ Nu återstår att ta vara på och bygga vidare på detta.

EU och välfärdsteknik

På EU-nivå ges omfattande stöd till teknikutveckling. Dessa satsningar innehåller olika program som bland annat omfattar demografi och hälsa. Det innebär att EU via sina fonder ger ett ekonomiskt stöd till både utveckling och införande av välfärdsteknik.⁹¹

Horizon 2020 är EU:s ramprogram för forskning och innovation för perioden 2014–2020. Programmet omfattar bland annat satsningar inom området ”hälsa, demografiska förändringar och

⁸⁹ Connect Nordic best practice within welfare technology. www.nordicwelfare.org/Projekt/Connect/ (hämtad 2016-11-18).

⁹⁰ Nordens Välfärdscenter, rapport om Connect, februari 2017.

⁹¹ (http://ec.europa.eu/europe2020/index_sv.htm <http://ec.europa.eu/research/innovation-union>, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/europe-2020-strategy>)

välbefinnande”.⁹² Stöd från Horizon förmedlas i Sverige genom Vinnova.⁹³

Ett program som har en tydlig koppling till vård och omsorg och välfärdsteknik är EU programmet AAL (Active Assisted Living Programme). Syftet med AAL är att den tekniska utvecklingen inom IT och telekommunikation (IKT) skall komma till nytta för äldre personer bl.a. för att underlätta att stanna kvar längre i sin hemmiljö, få stöd till egenvård och bättre hälsa, stöd till ett fortsatt aktivt deltagande i samhällsfunktioner (kultur, ekonomi, arbete m.m.) samt ett fortsatt eller utökat socialt kontaktnätverk. Ett annat syfte med programmet är att stödja den Europeiska industrin att utveckla konkurrenskraftiga produkter och tjänster inom detta expanderande område. Det lanserades första gången 2008 och förnyades 2014. De nordiska länderna deltar inte i AAL-Call 2015.⁹⁴

12.9 Behov av gemensamma standarder

Min bedömning: Behovet av att utveckla nationella, gemensamma specifikationer, i form av standarder, bör lyftas fram i den strategi för välfärdsteknik i vård och omsorg som ingår i *Vision e-hälsa 2025*.

Det finns ett stort behov av, nationella, gemensamma specifikationer i form av standarder vid kommunernas satsningar på e-hälsa och välfärdsteknik. Dessa standarder ska ange specifikationer som bidrar till en nationell, gemensam utformning och ett gemensamt innehåll i de olika systemlösningar som huvudmännen tillämpar. Kommunernas behov är i grunden gemensamma. Med standardiserade gränssnitt kan alla tjänsteleverantörer enkelt erbjuda sina tjänster.

Dagens verklighet är en annan. Det är i sig inte komplicerat för en teknikleverantör att integrera sin tjänst med kommunens tekniska system. Men när samma tjänsteleverantör kommer till en

⁹² <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020>).

⁹³ Horisont 2020 – EU:s ramprogram för forskning och innovation.

⁹⁴ www.vinnova.se/sv/EU-internationell-samverkan/Europasamarbete/Artikel-185-/AAL---Ambient-Assisted-Joint-Living-Programme/ (hämtad 2016-11-18).

annan kommun får denna procedur göras om. På samma sätt om det kommer en ny tjänsteleverantör till kommunen, då måste motsvarande integrationsprocess göras på nytt. Det hela riskerar att bli mycket dyrt.

Som framgår finns behov av gemensamma standarder. I den under avsnitt 12.3 nämnda handlingsplanen för samverkan vid genomförande av *Vision e-hälsa 2025* tas frågan om standarder upp. Det handlar om nationell samordning för att skapa semantisk interoperabilitet⁹⁵ samt ”tekniska standarder för informationshantering och gemensamma nationella specifikationer”.

Standardiserade gränssnitt

Det finns ett mindre antal kommuner som har börjat upphandla och införa olika plattformar för omsorgstjänsterna, men det är fortfarande inte optimalt för tjänsteleverantörerna som ändå måste göra en integration mot varje plattform. Det som behövs – och som inte finns än – är att man för plattformen definierar tydliga, standardiserade gränssnitt mot kommuner och mot tjänsteleverantörer. I så fall behöver såväl en kommun som en tjänsteleverantör bara göra en integration mot själva plattformen. Då kan alla tjänsteleverantörer enkelt erbjuda sina tjänster till alla kommuner på en gång och alla kommuner kan välja fritt mellan alla tjänster.⁹⁶

En enskild kommun, landsting eller fastighetsägare bör redan i dag undvika att välja en sluten plattform även om det kortsiktigt kan framstå som enklare och billigare.⁹⁷

Utvecklingen mot en öppen tjänsteplattform kan främjas genom att i upphandlingen ställa krav på exempelvis öppenhet. För att få till en enhetlig lösning finns behov av en nationell samordning bland såväl behovsägare som leverantörer. En tillräckligt stark aktör kan agera mer kraftfullt mot leverantörerna. De nordiska länderna skulle tillsammans kunna vara en sådan aktör.

⁹⁵ Med semantisk interoperabilitet avses förmåga att utväxla information mellan datorsystem så att mottagande system kan tolka det.

⁹⁶ Popp Larsen, Claus. *Från silo till samverkan – välfärdstjänster i det smarta hemmet*. I Digitaliseringskommissionen temarapport 2016:2 Det sociala kontraktet i en digital tid, Stockholm, 2016.

⁹⁷ Popp Larsen, Claus. *Från silo till samverkan – välfärdstjänster i det smarta hemmet*. I Digitaliseringskommissionen temarapport 2016:2 Det sociala kontraktet i en digital tid, Stockholm, 2016.

Behov av gemensam teknisk utveckling

Mina förslag: Regeringen föreslås ge Myndigheten för delaktighet i uppdrag att utveckla ett förslag till en nationell strategi för stöd till innovationer av välfärdstekniska lösningar och produkter med särskild inriktning att omhänderta verksamhetsnära innovationer. Strategin bör innehålla ett tydligt jämställdhetsperspektiv.

Regeringen föreslås ge Vinnova i uppdrag att stödja verksamhetsnära innovationer inom välfärdsteknikens område.

Välfärdstekniken utvecklas ständigt. Nya produkter och tjänster tillkommer. Mycket av denna utveckling startar med produkter avsedda för helt andra ändamål.

För att verkligen digitalisera omsorgen räcker det inte med mindre tester av olika digitala tjänster, det kommer att krävas genomgripande tekniska och organisatoriska förändringar hos kommunerna som huvudmän.⁹⁸ Kommunerna behöver samverka för att utveckla kompetens och få stöd i sitt arbete med välfärdsteknik. I mitt förslag att Myndigheten för delaktighet (MFD) ska utveckla ett förslag till nationell strategi för stöd till innovationer av välfärdstekniska lösningar, ingår också att ha en samordnande roll för kommunerna. Jag vill också understryka att strategin ska ha ett tydligt jämställdhetsperspektiv.

Vid mina kontakter med Hjälpmedelsutredningen, har jag tagit del av dess tankar om att MFD ska initiera ett samverkansforum för att identifiera individstödande digital teknik. Detta samverkansforum ska i första hand vända sig till kommuner, landsting och statliga myndigheter. Mitt förslag om MFD:s roll som samordnare och ovan beskrivna tankar från Hjälpmedelsutredningen om samverkansforum har en tydlig koppling till varandra.

Det finns hos personalen inom vården och omsorgen om äldre personer en innovationskraft, som sällan tas till vara. Ofta handlar det handlar om praktiska tillämpningar i vardagen, för att under-

⁹⁸ Popp Larsen, Claus. *Från silo till samverkan – välfärdstjänster i det smarta hemmet*. I Digitaliseringskommissionen temarapport 2016:2 Det sociala kontraktet i en digital tid, Stockholm, 2016.

lätta användningen av välfärdsteknik. Jag föreslår därför att regeringen ger Vinnova i uppdrag att stödja verksamhetsnära innovationer inom välfärdsteknikens område.

Att fånga upp innovationer från det vardagsnära arbetet tillsammans med ett jämställdhetsfokus kan enligt min bedömning bidra till att stödja kvinnors kunskap och erfarenhet samt bidra till att fler kvinnor ges inträde på det tekniska området.

Nationellt främjande och stöd till digitalisering

Mitt förslag: Regeringen föreslås tillsätta en utredning för att utreda innehåll och formerna för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik. I uppdraget bör ingå att utreda behov av regionala utvecklingscentrum och om behov finns föreslå hur dessa ska organiseras och finansieras.

Mina bedömningar: Jag instämmer i Digitaliseringskommissionens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att ge förslag på organisering för att säkerställa en kontinuitet i de nationella insatserna för digitaliseringen och främja det nationella arbetet på ett stabilt och uthålligt sätt. Detta arbete behöver innefatta systematisk kunskapsuppbyggnad, analys för att identifiera risker, nytta och värde med den digitala tekniken samt hur stödet ska utformas för myndigheter och kommuners utvecklingsarbete. Detta arbete bör inbegripa att utveckla en strategisk samverkan mellan alla aktörer.

Utredningen har inhämtat positiva erfarenheter från Norge och den samverkan som staten där initierade tillsammans med kommunsektorn. ”Genom att upprätta ett nationellt program fick vi möjlighet till att få en större satsning där kommuner, leverantörer, frivilligorganisationer, yrkesprofessioner och andra nationella aktörer kunde få en arena för att dela, systematisera erfarenheter och utveckla kunskap” är ett belysande citat från samtal med

personal inom det norska kommunförbundet, kommunsektorn och Helsedirektoratet.⁹⁹

Jag föreslår att regeringen tillsätter en utredning som utreder innehåll och formerna för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik. Ett sådant organ kan fylla en viktig funktion som nav i utvecklingen. Inte minst ser jag behovet av att följa den internationella utvecklingen och stimulera inhemska FoU-insatser. Uppgifter som är svåra för enskilda kommuner att klara. Det finns också ett behov av att främja utvecklingen genom att föra samman olika intressenter inom området för välfärdsteknik.

Jag lägger också förslag om att utreda behovet av regionala utvecklingscentrum och om detta behov finns föreslå hur dessa ska organiseras och finansieras. Det finns i dag satsningar på regionala utvecklingscentrum. Ett sådant exempel är planerna i Göteborgsregionen, AllAgeHub.¹⁰⁰ Eventuellt kan vissa hjälpmedelscentraler utvecklas till lokala resurscentrum, inte minst eftersom det kan antas att gränsen mellan hjälpmedel och välfärdsteknik kommer att bli alltmer flytande. I frågan om utvecklingen av hjälpmedelscentralerna till resurscentrum, har jag haft kontakter med hjälpmedelsutredningen och vi har en gemensam syn kring detta.

Strukturen för det lokala, regionala och nationella arbetet med välfärdsteknik

För att stimulera satsningar på FoU och kompetensutveckling lägger jag förslag som rör olika samhällsnivåer.

På den lokala nivån handlar det om att inom socialtjänsten utbilda personal som får särskild kunskap i välfärdsteknik, se avsnitt 12.6. Det handlar dels om att se till att alla undersköterskor får en allmän utbildning om välfärdsteknik och användning av sådan, dels om att vissa undersköterskor får en form av specialistutbildning för arbete med välfärdsteknik. Deras roll blir i första

⁹⁹ Material till utredningen från Helsedirektoratet. Svar på frågor från utredningen 2016-08-11.

¹⁰⁰ Under maj 2015-2016 har Göteborgsregionen (GR) genomfört en förstudie. Syftet är att skapa en fysisk och webbaserad mötesplats som främjar tillgängliga boendemiljöer och välfärdstekniker för ett hållbart samhälle.

www.grkom.se/download/18.127a3fd8152e14d77f1acf3f/1455615474036/AllAgeHub+visio nsdokument.pdf (hämtad 2016-11-18).

hand att praktiskt kunna stödja den äldre personen inom vård och omsorg i de välfärdstekniska lösningar som erbjuds. Oftast blir uppgiften pedagogisk.

Jag pekar också på behovet av personal inom hjälpmedelsverksamheten, som har kompetens inom det välfärdstekniska området – se avsnitt 12.3. Dessa personer ska kunna ge stöd i samband med biståndsbedömningar och i upphandlingar av välfärdsteknik. Hur detta ska organiseras, om det t.ex. ska vara kommunernas eller landstingens hjälpmedelsverksamhet, får avgöras av de lokala förhållandena.

Jag föreslår också en utredning rörande behovet av regionala utvecklingscentrum. För dessas del handlar det utvecklings-satsningar som är nära knutna till det vardagliga arbetet inom vården och omsorgen om äldre. Jag har tidigare nämnt AllAgeHub, som verkar inom Göteborgsregionen. Det finns också i Danmark regionala utvecklingscentrum, där forskning och praktisk verksamhet samverkar. Hur dessa utvecklingscentrum eventuellt ska organiseras blir en fråga för utredningen. Flera olika alternativ finns utifrån regionala och lokala behov. Det viktiga är nu att utredningen tillsätts.

På den nationella nivån handlar det om att regeringen föreslås tillsätta en utredning för att utreda innehåll och formerna för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik. Det finns flera uppgifter jag ser för ett sådant organ. Under avsnitt 12.10 Upphandling exemplifierar jag med medverkan i innovationsupphandlingar. Hjälpmedelinstitutet skulle enligt min mening kunna stå som modell för ett nationellt FoU-organ.

Statligt stöd och stimulans

Mitt förslag: För att stimulera utvecklingsarbete avseende nya former av välfärdsteknik och dess användning föreslår jag ett statligt ekonomiskt stöd om 40 miljoner kronor per år under en sexårsperiod. Detta utvecklingsarbete bör ske i nära samverkan mellan dem som ska använda tekniken (den äldre personen, personalen och anhöriga), kommunerna som huvudmän, forskning och teknikföretag. Vinnova föreslås ha ansvaret för fördelningen av medlen.

I min kartläggning över hur välfärdstekniken implementerats i Sverige, Danmark och Norge, är det några förhållanden som jag ser som grundläggande. Det första gäller betydelsen av planmässiga satsningar. Vi ser det både i Danmark och i Norge där utvecklingen drivits fram genom handlingsplaner med mycket konkreta uppgifter för kommunerna. Samma ansats finner vi också i Sverige, med bland annat satsningen på digitala larm. Jag lägger också ett förslag om en nationell strategi för satsningar inom välfärdsteknik.

Det andra gäller betydelsen av att planerna också förses med extra resurser. Planer i sig kan göra stor nytta om de är tydliga och väl förankrade hos berörda instanser. Samtidigt ger ytterligare medel en skjuts åt utvecklingen. För dem som ansvarar för en kommuns budget kan det innebära de tillskott som behövs för att ta de nödvändiga stegen. Även här kan Danmark och Norge tjäna som exempel genom att planerna försågs med bidrag till kommunerna. De medel jag tänker mig, motsvarar inte de summor som har satsats i Danmark och Norge. Jag vill i stället lyfta fram "Teknik för äldre", där bidragen var basen för en, enligt min uppfattning, mycket lyckad satsning. Särskilt vill jag nämna de initiativ inom välfärdsteknikens område som togs i Västerås och Göteborg. I *Teknik för äldre* ingick en årlig summa på 22 miljoner. Jag vill utöka den summan till 40 miljoner kronor per år under sex år. Fortfarande en blygsam satsning i jämförelse med Norge och Danmark, men den är tillräckligt stor för att kunna ge ett betydelsefullt bidrag till dem som vill genomföra olika utvecklingssatsningar inom välfärdsteknik.

En viktig bas för mitt förslag utgörs av kommunerna. För många av dem finns ett initialt hinder för investeringar i välfärdsteknik, i synnerhet om de ska stimulera utvecklingsarbete och inte enbart vara en direkt investering i verksamheten. Ofta ska kostnaderna täckas genom ettårsbudgeten. Vid mina kontakter med kommuner och andra intressenter har jag funnit ett stort behov av ett praktiskt inriktat utvecklingsarbete. Vad jag särskilt vill lyfta fram är behovet av utvecklingssatsningar i mindre kommuner, vars förhållanden och behov kan skilja sig radikalt från dem som gäller i större kommuner. Utvecklingssatsningarna kan handla både om tekniska och organisatoriska lösningar. Ska välfärdstekniken bli en lönsam investering för kommunerna både när det gäller hur personalens tid utnyttjas och för den äldre personen

krävs ett utvecklingsarbete där nya lösningar prövas utifrån olika kommuners förutsättningar.

Jag vill dock inte begränsa mitt förslag till enbart kommuner. Möjligheter bör ges till utvecklingsföretag, som i samarbete med en kommun vill utveckla välfärdstekniska lösningar. Många privata verksamheter inom vården och omsorgen om äldre personer vill vara med och utveckla välfärdstekniken och medel måste också kunna ges till deras satsningar. Slutligen finns det olika utvecklingscentrum som har goda utvecklingsidéer. Grunden för alla satsningar ska vara att de är knutna till en praktisk verksamhet och att samverkan sker med både de äldre och personalen.

Jag har också övervägt möjligheten med statliga lån till kommunerna för att kommunerna ska kunna hantera de initiala kostnaderna. Det är dock en oprövad form som jag inte bedömer kan användas i dagsläget.

12.10 Upphandling

Min bedömning: Upphandlingsmyndighetens rådgivningsmaterial till landsting och kommuner och Sveriges Kommuner och Landstings gemensamma upphandling och upphandlingsstöd bör ge landstingen och kommunerna möjligheter att hantera de speciella utmaningar upphandling av välfärdsteknik ger. Regeringen bör följa utvecklingen och ta erforderliga initiativ i dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och producenterna.

Genom att välfärdstekniken inte är statisk utan stadd i en snabb utveckling, krävs andra former av upphandlingar än de traditionella. I annat fall riskerar en beställare att bli uppbunden av lösningar som efter en förhållandesvis kort period riskerar att bli föråldrade. Detta komplicerar upphandlingsprocessen för kommuner och landsting och kräver särskild kompetens och särskilda resurser.

Upphandling av välfärdsteknik kan också kompliceras genom att produkt och tjänst behöver kombineras för att tillsammans tillgodose den äldre personens behov. Olika leverantörer kan beröras och de kan i förekommande fall behöva samordnas.

I Västerås kommun framhålls vikten av att användarna deltar vid implementering och utveckling, som medskapare. De som ska använda tjänsterna bör på ett tidigt stadium få medverka i upphandlingsprocessen. Stadens erfarenhet är att produkter och tjänster då kan bli bättre anpassade efter deras behov.¹⁰¹

Frågan om användarnas medverkan vid upphandlingar behandlas i en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inför en upphandling behöver faktiska behov hos de som ska använda tekniken undersökas och det bör bli en naturlig del i styrningen att de blir medskapande. I rapporten presenteras metoder för detta.¹⁰²

Professor Britt Östlund skriver i en artikel i tidskriften *Äldre i Centrum* om behovet av ett skifte i arbetet med teknikutveckling. Ofta pågår denna utveckling i ett laboratorium och de tekniska kraven tillgodoses för att sedan marknadsföras eller installeras i hemmet eller på arbetsplatsen. I stället efterlyser hon att människor och deras livsmiljöer involveras i utvecklingsarbetet. Det gör utvecklingen mer träffsäker och samtidigt kan innovativa idéer fångas upp.¹⁰³

I samma nummer av *Äldre i Centrum* beskriver fil. dr. Sofi Fristedt hur Gerotech vid Jönköpings universitet engagerar de tilltänkta användarna redan tidigt i processen. Det blir allt vanligare att äldre inkluderas i utvecklingsprocessen men oftast sker det för sent. De får tycka till om lösningen när grundidén redan är utvecklad. Gerotech inbjuder äldre personer, deras anhöriga och personal inom vård och omsorg att identifiera problem och behov i vardagen som skulle kunna lösas med ny teknik. Nätverk har skapats mellan företag, forskare, äldre personer och närstående.¹⁰⁴

Min utredning fick också möjlighet att diskutera frågan om upphandling och utveckling av välfärdsteknik vid ett besök på Villa Tänsjö, ett särskilt boende som drivs av företaget Vardaga. För att utveckla tekniska lösningar som praktiskt ska fungera på ett boende för äldre, behöver både forskning, företag, utförare och äldre/boende delta i utvecklingsarbetet. Därmed köper utföraren ingen färdig produkt, utan i stället en lösning som passar för boendet. Det gäller naturligtvis de äldre personer som bor där men också personalen.

¹⁰¹ Muntlig uppgift till utredningen från Västerås stad april 2016.

¹⁰² Sveriges Kommuner och Landsting. *Samverkan med brukare och patienter i upphandlingsprocessen*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.

¹⁰³ Östlund, Britt. Ett kritiskt öga på välfärdsteknologin. *Äldre i Centrum* nr 4 2016.

¹⁰⁴ Fristedt, Sofi. Geronteknologiskt hackarton. *Äldre i Centrum* nr 4 2016.

Som jag redovisat ovan kan en gemensam nordisk marknad för välfärdstekniska produkter/tjänster vara önskvärd. Norden skulle bli en stor marknad som därmed skulle kunna attrahera många av de ledande företagen. Genom en nordisk marknad blir det också lättare att utveckla kvalitetskraven utifrån en gemensam nordisk grund.¹⁰⁵

Innovationsupphandling

I Göteborgsregionens kommunalförbund har ett arbete påbörjats med innovationsupphandling. Denna upphandlingsform kräver ett nytt sätt att tänka, eftersom man måste lämna dagens form för kravspecifikationer och ersätta med krav på vad som ska uppnås.

Västerås stad har prövat en innovationsupphandling av trygghetslarm där olika aktörer fick visa och pröva sin tjänst hemma hos 100 användare var. Det är en form som har en stor potential men erfarenheten från Västerås är att det är för tungt för en enskild kommun att administrera vid olika upphandlingstillfällen. Innovationsupphandlingar kan underlättas av gemensamma, gärna nationella eller nordiska upphandlingar för att ge en tillräckligt stor och intressant marknad, och där några kommuner kan agera testbädd.

I samband med en inventering Myndigheten för delaktighet (MFD) gjort på uppdrag av regeringen framkom ett tydligt önskemål på regional samordning av upphandling av välfärdsteknik. I samverkan med Upphandlingsmyndigheten har MFD därför analyserat olika möjligheter och föreslår ett tillägg till befintlig regional struktur hos hjälpmedelscentralerna.¹⁰⁶

MFD har i dag ett övergripande ansvar för välfärdsteknik och har redan tidigare tagit fram informationsmaterial som är tänkta att användas som vägledning vid upphandling.¹⁰⁷ Upphandlingsmyndigheten har sammanställt kunskap om innovationsupphandlingar och samarbetar med Vinnova i utvecklingsarbetet.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Nordens Välfärdscenter, rapport om Connect, februari 2017.

¹⁰⁶ Myndigheten för delaktighet. *Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016.

¹⁰⁷ Myndigheten för delaktighet. *Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016, samt *Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2015.

¹⁰⁸ Upphandlingsmyndigheten. *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Vägledning nr 1 (2017)*. Stockholm: Upphandlingsmyndigheten, 2017.

Upphandlingsmyndighetens stöd

I januari 2017 presenterade Upphandlingsmyndigheten en vägledning för upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.¹⁰⁹ Denna vägledning syftar till att stödja kommuners och landstings förutsättningar att använda upphandling för att ge valmöjligheter och främja utveckling av välfärdsteknik. Ett avsnitt handlar om etik, jämställdhet och tillgänglighet. Upphandlingen ska säkerställa lika möjligheter för kvinnor och män.

Samverkan och hjälpmedelscentralernas roll

Olika former av samverkan presenteras i Upphandlingsmyndighetens vägledning. Myndigheten framhåller att upphandling av välfärdsteknik kräver specialistkompetens som är svår att upprätthålla i framför allt mindre kommuner. Samverkan kan också underlätta kontakterna med branschorganisationer liksom med brukar- och intresseorganisationer. Villkoren kan också bli förmånligare för den upphandlande parten.

Hjälpmiddelscentralerna kan enligt vägledningen, förutom att svara för organisation av upphandling, distribution, installation, underhåll, service samt information och utbildning, även omfatta välfärdsteknik, oavsett om den förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller beslutas av biståndsbedömare. Samordningsvinster uppstår eftersom det ofta är samma äldre personer som använder såväl hjälpmedel som välfärdsteknik.

Som exempel på detta nämner vägledningen Gotland, där hjälpmedelscentralen sköter all installation, service och underhåll för produkter oavsett om dessa är hjälpmedel som distribueras av hjälpmedelscentral eller om det är välfärdsteknik som leverats av leverantör som kommunen upphandlat.

Vägledningen ger också exempel på lösningar när helt nya produkter behövs för att täcka behoven och det krävs någon form av utvecklingsarbete. Upphandling, konkurrenspräglad dialog och innovationspartnerskap är tre modeller som vägledningen pekar på.

¹⁰⁹ Upphandlingsmyndigheten. *Vägledning – upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik*. Stockholm: Upphandlingsmyndigheten, 2017.

Användarna bör involveras

Inför upphandling av välfärdsteknik bör äldre personer som är berörda av tjänsten/ produkten involveras i olika skeden av upphandlingsprocessen. Om det inte sker, påpekar myndigheten, riskerar vissa aspekter komma bort eller inte prioriteras tillräckligt högt. Även om leverantören använder sig av metoder för tjänstedesign för att utveckla produkterna utifrån skilda äldre personers behov, innebär det kommunala huvudmannaskapet ett ansvar att undersöka målgruppens behov.

Funktionskrav

Inom välfärdstekniken sker en snabb utveckling. Ett sätt att främja utveckling och innovation och säkerställa den bäst lämpade lösningen är att upphandling blir mer inriktad på funktion. Det innebär att krav på det upphandlade föremålet eller tjänsten främst avser efterfrågad funktion. Därmed blir leverantörerna friare att erbjuda innovativa lösningar som motsvarar behoven. Krav på funktion kan öppna för helt nya lösningar.

Främja samordning

Frågan om upphandling är viktig för utvecklingen av välfärdstekniken, så att den kan främja den äldre personens behov av en god vård och omsorg. Jag har förstått att även för större kommuner kan funktions- eller innovationsupphandlingar uppfattas som alltför komplicerade och resurskrävande. Det finns också en påtaglig risk att många kommuner binder sig för lösningar som snabbt blir föråldrade men alltför dyra att ta sig ur.

Upphandlingsmyndighetens vägledning bör ses som en del i en större insats för att utveckla kommunernas upphandlingskompetens och främja den samordning och samverkan som jag ser som nödvändig.

Ett exempel på samordning är den upphandling SKL Kommentus Inköpscentral genomförde 2013 av digitala trygghetslarm för ordinarie boende. Av landets 290 kommuner anslöt sig 253 till upphandlingen, vilket ger dem rätten, dock inte skyldigheten, att göra

avrop på ramavtalet. Upphandlingen gjordes på hela eller delar av larmkedjan, beroende på hur kommunen organiserat sin larmverksamhet.¹¹⁰

12.11 Några framtidsblickar

Att hävda att teknikutvecklingen går fort är inget djärvt påstående, snarast ett banalt konstaterande. Det innebär att det krävs en öppenhet för, och möjligheter till att prova nytt, utvärdera och implementera det som visar sig vara värdefullt för de som ska få del av ny teknik.

Digitala agendor

För att kunna ta del av teknikutvecklingen och sätta in den i sitt eget lokala sammanhang är det önskvärt med en tydlig plan för vad man vill uppnå, hur man ska integrera ny teknik och hur man säkerställer att all teknik är säker, funktionell och bra för de som använder den.

En modell är de digitala agendorna. I samband med att den digitala agendan för Sverige presenterades inbjöds länsstyrelser, landsting och samverkansorgan att ingå ett regionalt signatärskap, med inriktning att ta fram regionala digitala agendor.¹¹¹ Digitaliseringskommissionen fick 2013 regeringens uppdrag att administrera detta frivilliga signatärskap.¹¹²

I en uppföljning under 2015 konstaterades att en stor majoritet av länen hade en digital agenda. De sju län där en agenda inte antagits hade en tidsplan för när det skulle ske. Av utvärderingen framgår att digitaliseringsfrågorna är prioriterade i det regionala utvecklingsarbetet. Nästan åtta av tio som besvarat en enkät inom ramen för utvärderingen instämmer helt (27 procent) eller delvis (51 procent) att det också är prioriterat i kommunernas utvecklingsarbete. Dock är det bara tolv procent som instämmer helt i påståendet att kommunala politiker engagerat sig i detta arbete.

¹¹⁰ Sjöberg, Per-Olof, Olsson, Silas och Popp Larsen, Claus. *Rapport till Socialstyrelsen – Lägesrapport om välfärdsteknik*. Swedish ICT, december 2014.

¹¹¹ Ramböll. *Regionala digitala agendor. Sammanställning av enkätresultat från nationell uppföljning*. Ramböll Management Consulting 23 september 2015.

¹¹² De medverkande aktörerna, länsstyrelser, landsting och samverkansorgan signerar en frivillig avsiktsförklaring.

Organisatoriska förändringar, personalomsättning och bristande ekonomiska resurser för att driva arbetet framstår som de främsta hindren. Bara ett av länen lyfter fram hälsa, vård och omsorg som ”topp 1” av de områden som de tror kommer att ha störst nytta av den regionala agendan.

Utvärderarna lyfte vikten av samverkan, förankring och långsiktighet. Det behövs, menar de, en tydlig regional samordning/styrning, och resurser måste avsättas för att kunna gå från ord till handling – satsa på konkreta insatser.¹¹³

Nästa generation mobilnät

Morgondagens mobilnät, femte generationen (5G), är snabbare och kan förväntas vara säkrare. Det bör t.ex. innebära större driftsäkerhet för trygghetslarm. Teknisk utrustning kan göras mindre och samtidigt klara mer. Där mycket data behöver överföras snabbt och säkert, som telemedicin eller att kunna fjärrstyra en robot vid en operation och liknande kan 5G ge helt nya förutsättningar. Allt talar också för en skjuts för utvecklingen inom annan digital teknik, som sensorer och GPS, något som landsting och kommuner kan behöva förbereda redan nu. Stockholm och Tallinn blir de första städerna i världen att få 5G, år 2018.

Ett exempel på hur den nya generationen mobilnät prövas redan i dag är ett samarbete mellan Norrtälje kommun och Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm (KTH) i Norrtäljes skärgård, med detektorer och sensorer. För att kunna nyttja denna teknik fullt ut har 5G simulerats i de hem där försök pågår.¹¹⁴

¹¹³ Ramböll. *Regionala digitala agendor. Sammanställning av enkätresultat från nationell uppföljning*. Ramböll Management Consulting 23 september 2015.

¹¹⁴ Handling till utredningen ”Tidplan för 5G i Norden- vård och omsorg”

12.12 Säkerhet och skillnader mellan kommunerna

Säkerhet

När vård och omsorg blir mer beroende av att tekniken fungerar blir det också en ny typ av sårbarhet som verksamheten måste ha säkra reservrutiner för att hantera. Det kan innebära nya sätt att planera arbetet och nya säkerhetsrutiner.

Ett exempel på en förhållandevis snabb övergång till en säkrare teknik är utbytet av analoga trygghetslarm till förmån för digitala. De digitala larmen har förutsättningar att fungera säkrare och det går att kontrollera dem ner på minutnivå. Därmed kan det upptäckas omedelbart om ett larm skulle gå sönder. Säkra digitala larm kräver dock den rätta infrastrukturen. Ett längre elavbrott kan t.ex. få mycket allvarliga konsekvenser, om det saknas backup.

Socialstyrelsens kartläggning av e-hälsa och välfärdsteknik 2016 visade att 78 procent av kommunerna anslöt sina digitala larm via mobilnät och 13 procent via fast bredband. Mobila nät kan gå ner och sluta fungera av olika skäl. Av de kommuner som svarat uppgav 57 procent att de hade någon form av teknisk backup. Alternativet för de som saknade backup var fysiska besök. Andelen som hade teknisk backup hade ökat från 35 procent år 2015.¹¹⁵

Västerås stad är en av de kommuner som tidigast började arbeta med att använda den digitala tekniken i sin vård och omsorg. Västerås stad gör en riskanalys för varje funktion (digital natttillsyn och mobilt larm etc.) som staden tänker införa för att identifiera riskerna och hur kravet på tillgänglighet och säkerhet kan tillgodoses till en försvarbar kostnad. Utifrån denna riskanalys sker kravställandet på leverantören, och på den egna organisationens rutiner och arbetsätt. Staden förlitar sig inte på att den enskilde användaren ska tillhandahålla telefon och/eller internetabonnemang. Incidenter, störningar och avbrott följs upp kontinuerligt tillsammans med teknikleverantörerna.¹¹⁶

Det finns risker med all teknik, inte minst när den är ny, att den fallerar. Om den enskildes hälsa eller säkerhet är beroende av att den digitala tekniken är funktionssäker krävs system för regel-

¹¹⁵ Socialstyrelsen. *Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

¹¹⁶ Skriftlig kommunikation med stadsjurist i Västerås stad 2016-11-28.

bunden kontroll och att det snabbt går att upptäcka om t.ex. en sensor upphört att fungera eller ha kontakt med nätet.

Om den digitala tekniken förskrivits som hjälpmedel gäller förstås regelverket för hjälpmedel. Om tekniken är en del av utförandet av äldreomsorg gäller samma regler för kvalitetssäkring som för annan socialtjänst. Det finns inga uppgifter på nationell nivå hur väl detta har uppmärksammats i kommunernas och utförarnas rutiner för kvalitetssäkringen.

Det finns för närvarande ingen myndighet eller organisation med ansvaret att godkänna nya produkter som t.ex. sensorer och kameror för tillsyn inför användning i vård och omsorg.

I takt med att allt fler köper IT-baserade tekniska lösningar privat, och att för vissa applikationer ens egen läsplatta eller mobil kan användas, blir det allt viktigare att informera om var ansvaret ligger för utrustning som är inköpt privat.

Skillnader i förutsättningar för digital teknik

Mina bedömningar: Förutsättningarna att ta del av välfärdstekniken varierar i landets kommuner, bl.a. eftersom alla inte har tillgång till bredbandslösningar. Statens utlovade satsning att hela landet ska få tillgång till snabbt bredband är i detta perspektiv mycket positivt.

Ett sätt att arbeta på är att kommunerna upprättar handlingsplaner för sin satsning på e-hälsa och välfärdsteknik. Dessa handlingsplaner bör innehålla frågor som gäller infrastrukturens kapacitet och behov av utbyggnad, verksamhetsförändringar och kompetensförstärkningar. Många kommuner har redan i dag upprättat sådana handlingsplaner.

En kartläggning 2012 visade att det fanns stora skillnader mellan kommunerna. Särskilt gällde det mellan större och mindre kommuner. Genom att stora kommuner ofta har bättre förutsättningar för arbetet med IT och teknikstöd har de därför kommit längre i sin planering när det gäller IT-frågor.¹¹⁷

¹¹⁷ Modig, Arne. *Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen. En kartläggning av samtliga Sveriges kommuner*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet, 2012.

Variationerna i täckningen av de digitala tjänsterna påverkar självklart införandet och användningen av välfärdsteknik. Även om det formellt finns täckning måste den vara tillräckligt god och robust för att uppfylla kvalitetskraven. Slutar uppkopplingen att fungera kan det få mycket allvarliga konsekvenser för den som t.ex. använder ett trygghetslarm.

Den 29 oktober 2015 slöt regeringen och Sverige Kommuner och Landsting (SKL) en avsiktsförklaring för att främja en digital förnyelse av det offentliga Sverige.¹¹⁸ Innehållet i denna avsiktsförklaring berör inte uttalat användningen av välfärdsteknik men kan indirekt få konsekvenser, genom t.ex. en utbyggnad av infrastrukturen.

Oavsett om man bor i staden, på landsbygden eller i glesbygd bör man kunna ha tillgång till bredband med god täckning och god kvalitet i de tjänster som erbjuds. Denna fråga har behandlats av landsbygdskommittén som föreslagit att hela landet ska ha tillgång till bredband år 2025.¹¹⁹ Regeringen har den 18 december 2016 presenterat en strategi för hur hela landet ska få tillgång till snabbt bredband. År 2020 bör 95 procent av alla hushåll ha tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s. År 2025 ska hela Sverige ha tillgång till ett snabbt bredband.¹²⁰ Detta är en ambitionshöjning jämfört med dagens mål.

12.13 Kvalitet och effektivitet

Bättre för den äldre personen?

Som jag redovisat i detta kapitel finns det god grund för att hävda att välfärdsteknik, rätt använd, kan bidra till en större självständighet, delaktighet, aktivitet och trygghet, och underlätta sociala kontakter. På så sätt kan välfärdsteknik ge äldre personer som vill använda den ett bättre välbefinnande.

¹¹⁸ Regeringen. *Avsiktsförklaring om digital förnyelse av det offentliga Sverige*. Näringsdepartementet, bilaga till protokoll nr III 5, vid regeringssammanträde den 29 oktober 2015.

¹¹⁹ SOU 2016:26. Parlamentariska landsbygdskommittén. *På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygdens utveckling, möjligheter och utmaningar*.

¹²⁰ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/12/regeringens-nya-bredbandsstrategi---ett-helt-uppkopplat-sverige/ (hämtad 2016-12-20).

Blir det effektivare?

Det knyts stora förhoppningar till att välfärdsteknik ska kunna bidra till en ökad effektivitet i vården och omsorgen och på så vis vara en del av lösningen på utmaningen med en åldrande befolkning och en förändring av den så kallade försörjningskvoten som innebär att allt fler ska försörjas av dem som yrkesarbetar.¹²¹

Det går inte att enkelt svara ja eller nej på om den förhoppningen är välgrundad eller ej. Det beror på vilken teknisk lösning vi talar om. Bilder på en läsplatta kan väcka minnen och ge samtalsämnen, men kanske inte ger en ökad effektivitet. En kamera för tillsyn kan, för de som vill ha denna form av tillsyn, däremot förväntas ge möjlighet till att ge en lika god, och för vissa personer bättre, tillsyn med lägre personalinsats.

Hur möjliga effektivitetsvinster kan hämtas hem beror till stor del på hur verksamheten organiseras, och anpassas till de nya tekniska lösningarna. Tekniken i sig leder inte till ökad effektivitet.

För att förändringar i effektiviteten ska kunna bedömas krävs att det finns tydliga mål – vad vill kommunen uppnå med välfärdstekniken. Om, för att ta ett exempel, det övergripande målet för kommunens vård och omsorg är att den äldre personen ska uppleva välbefinnande måste erbjudandet om en teknisk lösning som kan ersätta personal alltid vägas mot vad den äldre kan förlora genom minskad tid med personalen.

Det är också önskvärt att utforma modeller på kommunnivå för att följa upp om målen nås när välfärdsteknik införs och används. Det saknas i dag bra indikatorer. Intervjuer med äldre personer som tackar nej och med äldre som använder kan vara en modell för att ta reda på hur tekniken upplevs och fungerar för användaren respektive varför man avstår.

Kan kommunerna göra besparingar?

I ett delbetänkande anför Digitaliseringskommissionen programmatiskt att rationaliseringar och effektiviseringar genom digitaliseringen inom det offentliga kan få genomgripande betydelse. En allt högre andel äldre personer och personer med funktions-

¹²¹ Se kapitel 7.

nedsättningar innebär att det finns växande behov av bättre behandlings- och stödalternativ. Digitaliseringen kan tillgodose flera av dessa behov. Många arbetsuppgifter kan automatiseras, digitaliseras eller utföras av robotar, vilket ger en bättre service till en lägre kostnad och frigör arbetskraft.¹²²

I en kartläggning med en genomgång av ett tjugofemtal nordiska studier redovisas att de pekar på att investeringar i välfärdsteknik är lönsamma både för kommunerna och för samhällsekonomin i stort. De samhällsekonomiska intäkterna kommer från minskade stödinsatser, minskad belastning på sjukvården, minskade kostnader för särskilt boende samt ökad livskvalitet och minskad oro hos användare och anhöriga.¹²³

Ingen av de redovisade studierna är utförd som en randomiserad forskningsstudie. Antagandena om besparingar genom t.ex. senare flytt till särskilt boende eller färre besök till och vård dagar i hälso- och sjukvård måste därför betraktas som osäkra.

I en studie som genomförts på uppdrag av Svenska Stadsnäringsföreningen 2014 görs bedömningen att de årliga netto-besparingarna kan vara stora. Om tio procent av personer som har hemtjänst använder digitala tjänster kan för en glesbygdskommun med 8 000 innevånare besparingen uppskattas till 2,4–4 miljoner kronor. Om 90 procent använder digitala tjänster kan denna glesbygdskommun spara in 34 miljoner per år. För en kommun med 90 000 innevånare är motsvarande belopp 16–25 miljoner respektive 220 miljoner.¹²⁴

Frågan är dock om detta är en allt för stor, för att inte säga dåligt grundad förhoppning. Rapportförfattarna bygger till stor del på erfarenheter från Västerås. Västerås stad hade bl.a. beräknat vad kostnadsminskningen är för digital natillsyn för den tiondel av de som har hemtjänst med kameratillsyn. Ett problem vid en sådan beräkning är att frigjord tid inte självklart kan innebära färre anställda. Det kan mycket väl vara så att den minskningen är för marginell för att kunna dra ner på personalen, däremot kanske

¹²² SOU 2015:91. Digitaliseringskommissionen. *Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden*.

¹²³ Dahlberg, Åke. *Samhällsekonomiska nordiska studier inom området välfärdsteknologi. En kartläggning*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet, 2014.

¹²⁴ Forzati, Marco och Mattsson, Crister. *Effekter av digitala tjänster för äldreomsorg – en ekonomisk studie*. Stockholm: Acreo dokument nr. acr057005, 2014.

personalen får mer tid för varje person som ska få besök i hemmet. En kvalitetsökning, och därmed en ökad effektivitet, men inte någon besparing.

En erfarenhet hämtad från Mjölby kan belysa detta. Ett erbjudande om trygghetskamera gick ut till alla med natttillsyn. Det var då två äldre personer som tackade ja till tillsyn med kamera och de är positiva till insatsen.¹²⁵

I en nyttokostnadsanalys av ett mobilt larm, Posifon¹²⁶, redovisades att investeringen är intjänad redan efter fyra månader.¹²⁷ Den största besparingen för kommunen anges vara att den kan senarelägga en nödvändig flytt till särskilt boende – ett antagande som är relativt spekulativt. Slutsatsen är inte grundad i t.ex. jämförelser mellan äldre personer i liknande situation som har respektive inte har en sådan teknisk lösning.

I Västerås gjorde staden en beräkning vad digitala kommunikationstjänster kan ge för besparingar. Bedömningen var att staden tjänade 3,4 miljoner kronor per år på att de som använde sig av denna teknik kände sig tryggare och inte behövde fysiskt besök i samma utsträckning. Det är sannolikt att de fysiska besöken för vissa kan ersättas med t.ex. ett samtal per video. Det kan öka effektiviteten, men inget talar för att en kommun särskilt enkelt kan hämta hem detta i lägre personalkostnader.

I projektet Innocare i Nacka gjordes en bedömning av hur den påverkade Nacka kommuns ekonomi. Totalt per person beräknades värdet av frigjord tid (besökstid och restid) för personalen uppgå till ungefär 75 000 kronor per år och den årliga kostnaden för systemet till 25 000 kr. Beräkningen bygger på tid för besök nattetid som inte behövts tack vare den digitala natttillsynen. Den insparade tiden användes till andra omsorgsmottagare men kunde också innebära att nattpatrullen fick det lite lugnare och fick mer tid på kontoret under testperioden.¹²⁸ Bättre arbetsmiljö, och sannolikt en förbättring för de personer som fick mer tid från nattpersonalen. För Nacka kommun en besparing eftersom Nacka

¹²⁵ Muntlig information från Mjölby kommun våren 2016.

¹²⁶ Posifon är ett mobilt larm med en enkel mobiltelefon med GPS-funktion.

¹²⁷ Dahlberg, Åke. *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet, 2013.

¹²⁸ Nestor. *Innocare – test av teknikprodukter i Nacka kommun*. Nacka kommun, Internrapport mars 2014.

ersätter utförare för varje gjort besök, men för utföraren blir det en förlust eftersom de har samma personalkostnad men får en minskad ersättning. Det visar på de problem som kan uppstå med incitamenten i ersättningssystemen när ny teknik införs.

Liknande slutsatser kan dras från en utvärdering av webbkamera i hemmet i tre kommuner 2012. Där har uppgifter från Göteborg använts. Där ställs det ekonomiska värdet av frigjord transporttid och tillsynstid mot driftskostnaderna. Nettobesparingen så räknat blev cirka 70 000 kronor (frigjord tid = 110 000 kr, driftkostnad 40 000 kr)¹²⁹. Den enda säkra effekten på Göteborgs stads ekonomi var dock driftkostnaden.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har lanserat den s.k. välfärdsteknologisnurren, (se avsnitt 12.7), som hjälper kommunerna att beräkna de investeringskostnader och effektiviseringar som kan förväntas vid implementering av natttillsyn via webbkamera och tillsyn under dagtid baserat på videokommunikation.

En försiktig slutsats är att det går att frigöra tid, och att den tiden kan komma andra omsorgsmottagare till godo. I vilken mån den frigjorda tiden också kan innebära behov av färre anställda behöver studeras mer. Det går alltså att hävda att välfärdsteknik kan innebära att den personal som finns används bättre. Ökad effektivitet men inte självklart lägre kostnader. Det finns behov av större vetenskapliga studier, som belyser frågor om kvalitet, effektivitet och eventuella besparingar i samband med investeringar i välfärdsteknik.

¹²⁹ Abrahamson Ljöfström, Carina och Larsson, Nina. *Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet, 2012.

13 Boende för äldre personer

13.1 Uppdrag enligt direktiven

Enligt direktiven ska utredaren utifrån betänkandet *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*, SOU 2015:85 (i fortsättningen benämnd *Bostäder att bo kvar i.*) och annat relevant underlag analysera om det finns behov av en ny boendeform där äldre personer, som inte behöver omfattande vård och omsorg dygnet runt, får tillgång till trygghet och social gemenskap. Om utredaren finner att behov av en ny boendeform föreligger, ska förslag om hur en sådan boendeform kan inrättas lämnas.

Utgångspunkten ska vara de äldres behov av trygghet och omsorg samtidigt som kostnadseffektivitet främjas. Utredaren ska i detta sammanhang överväga om kommunerna bör ges ökade möjligheter att lämna stöd till äldre personer som inte bedöms behöva särskilt boende med dygnet-runt-omsorg eller om boendebegreppet i socialtjänstlagen bör utvecklas.

13.2 Bo tryggt, praktiskt och med gemenskap

Bostäder att bo kvar i

I betänkandet *Bostäder att bo kvar i.* framgår i en sammanfattning¹ bland annat följande om äldres boendesituation.

Äldre personer bor ofta bra, många bor i eget hem eller en bostadsrättslägenhet och är nöjda med sitt boende. Däremot finns det problem med att många äldre personers boende inte fungerar vid försämrad rörlighet. Till exempel saknas hiss för hälften av de som

¹ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*, s. 13 ff.

bor i flerbostadshus, och för hälften av dem som bor i hus med hiss, så kan denna inte nås utan att trappsteg passeras. Detta ställer ökade krav på utformningen av bostäder och boendemiljöer. I betänkandet konstateras att ”om morgondagens äldre ska kunna leva ett självständigt liv i egna bostäder behöver utbudet av bostäder som är tillgängliga och användbara för personer med funktionsnedsättningar bli större”.

I betänkandet görs bedömningen att det behövs större mångfald av bostäder och boendeformer som är lämpliga för äldre personer och att det finns ett ökat intresse för boendeformer som bygger på gemenskap i boendet. Detta grundar utredaren på att även om många äldre personer har nära till anhöriga och ett rikt socialt liv, så är ändå ensamhet och otrygghet ett reellt problem för en hel del äldre personer och gör därför bedömningen att det finns behov av fler trygghetsbostäder och även andra boendeformer som erbjuder möjligheter till vardaglig samvaro och gemensamma aktiviteter.

I betänkandet anges det även som ytterst angeläget att tillgängligheten förbättras i det befintliga bostadsbeståndet. Bostadsanpassningsbidragen uppgår redan i dag till över en miljard kronor om året, kostnader som slår väldigt ojämnt över kommunerna. En del av de kostnaderna skulle kunna undvikas om fastighetsägarna tog ett större ansvar för att förbättra tillgängligheten. Förbättrad tillgänglighet kan även bidra till att minska fallolyckorna bland äldre, som i dag kostar samhället cirka 10 miljarder varje år. I betänkandet anges det vara en nyckelfråga att husen förses med hiss om det saknas.

Ännu en fråga som tas upp i betänkandet är att, även om merparten av äldre personer har god ekonomi och inte har svårigheter att klara boendekostnaden, så gäller detta inte alla. Särskilt framkommer att det är många kvinnor som har mycket låg pension, att de allra äldsta har betydligt sämre ekonomiska förutsättningar än yngre pensionärer och att detsamma gäller pensionärer med utländsk bakgrund.

Utredningen om bostäder för äldre föreslår därför att boendegtiftstaket i reglerna för bostadstillägg för pensionärer (BTP) höjs från nuvarande 5 000 kronor per månad till 7 300 kronor. Detta för att göra det möjligt även för pensionärer med låg inkomst att efter-

fråga en nybyggd eller upprustad bostad som det går att bo bra i även med nedsatt funktionsförmåga.²

I betänkandet anges även att det behövs mer och bättre information om den lokala bostadsmarknaden och om olika alternativa boendeformer, som kan passa äldre personer med olika behov och preferenser. Det är bara ett fåtal kommuner som har en kommunal bostadsförmedling och i de flesta kommuner finns det ingen samlad information om den lokala bostadsmarknaden. Utredningen om bostäder för äldre föreslår därför att kommunernas ansvar för att tillhandahålla information om den lokala bostadsmarknaden preciseras i bostadsförsörjningslagen.

I detta kapitel behandlas två huvudspår avseende äldres boendsituation. Det ena är förslag till åtgärder inom ramen för den vanliga bostadsmarknaden för att fler äldre personer ska ha tillgång till bostäder som är lämpliga utifrån olika behov. Det andra är frågan om det behövs ändring i lagstiftning rörande särskilda boendeformer för äldre personer samt om det behövs en ny boendeform som biståndsbedömd insats eller om det är mer lämpligt att utveckla andra insatser i hemmet.

När det gäller de åtgärder med sikte på den allmänna bostadsmarknaden inklusive bostäder för äldre personer, såsom trygghetsbostäder och seniorboenden, som behandlas i betänkandet *Bostäder att bo kvar i*, så återkommer jag i detta kapitel till de förslag i betänkandet som omfattas av mitt uppdrag i avsnitten 13.4 och 13.5.

Äldre personer på tröskeln till särskilt boende

I direktivet till min utredning lyfts särskilt fram, hur äldre personer som inte behöver omfattande vård och omsorg dygnet runt ska kunna få tillgång till trygghet och social gemenskap. Jag kan identifiera olika grupper av äldre personer, där det kan finnas risker för att deras önskemål och behov inte fullt ut stämmer överens med det utbud av boendeformer och andra insatser som finns i kommunen. Det kan vara äldre personer i allmänhet, äldre personer med behov av vård och omsorg, anhöriga, personal och politiker som på

² SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*, s. 80 f.

olika grunder känner oro för om det ska finnas tillräckligt många platser i särskilda boendeformer för äldre. Jag ser minst tre grupper som detta kan gälla;

- Äldre personer som ännu inte är i behov av vård och omsorg i ett särskilt boende kan, liksom deras anhöriga, känna en oro inför framtiden. Kommer det, den dagen när den äldre personen har förlorat anhöriga och jämnåriga vänner, och den äldre personen känner sig ensam, att finnas någon möjlighet att flytta till ett särskilt boende med gemensamhetslokaler? I flertalet kommuner finns inte de gamla servicehusen kvar och det kan vara en orsak till uppfattningen att det inte finns något boende som kan uppfylla den äldre personens behov utan att hen skulle tvingas att bo kvar hemma mot sin vilja.
- Äldre personer kan vara oroliga för att det inte finns platser nog i särskilt boende den dag då de anser att hemtjänst och hemsjukvård i det ordinära boendet inte ger tillräcklig trygghet och kvalitet.
- Det finns också en oro för att äldre personer med relativt stora behov av vård och omsorg får bo kvar i ordinärt boende med stora insatser från hemtjänst och hemsjukvård och att de beviljas plats på ett särskilt boende så sent att hen bor en mycket kort tid på det särskilda boendet innan hen dör.

En annan grupp är de äldre personer som har mycket omfattande behov av vård och omsorg dygnet runt och som har beviljats plats i en särskild boendeform, men där bristen på platser leder till att den äldre personen får bo kvar hemma i väntan på en ledig bostad.

Sammantaget måste denna oro tas på allvar. De förslag jag lämnar i det följande har till syfte att möta dessa varierande behov och kunna minska obefogad oro hos de äldre personerna och deras anhöriga.

Olika personer behöver olika insatser

Frågan om att flytta till ett särskilt boende kan aktualiseras när en äldre person känner att ensamheten och oron blir för stor. Oro, ensamhet och isolering kan bero på många saker och det är viktigt

att se vad behoven består av och hur dessa uppstått. Det ger en större möjlighet att möta behoven. I många fall kan det handla om att öka möjligheten till social samvaro, tillgänglighet i bostaden och en fungerande vård och omsorg snarare än att flytta till ett särskilt boende. I annat fall kan det finnas en risk att ensamheten, oron och ängslan inte avtar efter en flytt till ett särskilt boende. I vissa fall kan de t.o.m. förstärkas då ensamhet är ett mycket komplext tillstånd – se även kapitel 7 och 9.

För dessa äldre personer kan inte nog understrykas vikten av att ta behoven på allvar och att sociala insatser även kan bidra till att stärka hälsan och motverka ohälsan vilket jag också tar upp i kapitel 9.

I några rättsfall som jag refererar till längre fram i detta kapitel framtonar en annan grupp, personer som har en hög ålder, och börjar få en allt sämre hälsa, och därför vill flytta till det särskilda boendet.

Det torde skilja sig mellan olika kommuner i vilken mån deras önskemål tillgodoses genom att plats beviljas eller om beslutet blir att utöka hemtjänstinsatserna. Även för den gruppen saknas det kunskap på nationell nivå, såväl om hur vanligt det är att personer i denna livssituation får avslag på sin ansökan, vad som föranlett ansökan om plats och vad avslaget beror på. Vad gäller ansökan om plats i särskilt boende så kan det ibland vara de anhörigas önskan och oro mer än den äldre personens egen önskan. Vad gäller avslag så vet vi att det finns stora skillnader i utbudet av särskilda boenden mellan olika kommuner, och att antalet platser minskat snabbt under 2000-talet (se kapitel 7). Vi vet dock inte hur neddragningen av platser påverkar var den enskilda kommunen "lägger ribban" för att bevilja äldre personer plats i särskilt boende eller om det finns stora skillnader mellan olika kommuner för när en äldre person kan beviljas plats.

Ytterligare en grupp är de personer som får vänta mer än tre månader på att få sitt beslut om särskilt boende verkställt. I en del fall beror detta på att den äldre personen väljer att vänta till dess det blir en ledig plats på det boende hen önskar få komma till. Det finns ingen statistik på nationell nivå hur stor andel av de ej verkställda besluten som kan förklaras på det sättet. Som jag redovisar nedan så går det heller inte att se att det skulle finnas samband mellan hög andel ej verkställda beslut och låg andel platser i särskilt boende sett till antal personer i kommunen som är 80 år och äldre.

Vad är då lösningarna? Som jag föreslår i de kommande avsnitten kan de enligt min bedömning sammanfattas som

- Oro och ensamhet måste uppmärksammas och tas på allvar. Det är en angelägen uppgift för kommunerna att kunna erbjuda insatser, individuellt anpassade, som syftar till att lindra den upplevelse av ensamhet och oro som finns hos den äldre personen.
- Om de förslag som jag lyfter fram i kapitel 10 genomförs kan även äldre personer med omfattande och komplexa behov få en samordnad, kompetent och tillgänglig vård och omsorg. Det kan ge en bättre tilltro till och trygghet med att bo kvar hemma. Målet måste vara att ingen ska behöva flytta till ett särskilt boende därför att vården och omsorgen i hemmet inte fungerar eller har den kvalitet som krävs.
- Vid all ny- och ombyggnation av bostäder på den öppna bostadsmarknaden bör äldre personers behov av goda bostäder beaktas. Arbetet med att göra offentliga miljöer och lokaler liksom allmänna kommunikationer tillgängliga måste fortsätta. Även de som bor på landsbygden och i glesbygd måste tillförsäkras någon form av kollektiv trafiklösning inom den ordinarie kollektivtrafiktaxan. Den kunskap som finns hos kommunernas socialtjänst behöver tas tillvara i samhällsplaneringen. I kommunernas bostadsförsörjningsprogram behöver äldre personers behov av olika typer av boendeformer, inklusive särskilt boende, beaktas.
- På både nationell och kommunal nivå är det angeläget att få mer kunskap om effekterna av att en minskande andel äldre personer beviljas särskilt boende. Har ”ribban” höjts för mycket för att beviljas plats? Har rättspraxis förändrats sedan begreppet särskilt boende infördes i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, år 1992? Detta är frågor som behöver besvaras för att ställning till dels om det behövs lagändring beträffande rätten till särskilt boende, dels om det behövs fler former av särskilt boende.
- Det finns också anledning att påminna om att socialtjänstlagen ger ett stort utrymme för kommunerna i deras utformning av det särskilda boendet, vilket också kan sägas följa av att begrepp som servicehus och sjukhem i Ädel-reformen ersattes med det mer generella särskilt boende.³

³ ”Till de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad hör inte bara ålderdomshem och andra servicehus utan även gruppboende för äldre samt de sjukhem eller motsvarande som förs över till kommunerna enligt den föreslagna lagen härom.” Proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 146.

Tidigare ställningstaganden från regeringen

I propositionen *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* redovisades att de flesta äldre personer önskar bo kvar i den egna bostaden så länge som möjligt. Möjligheterna för personer med omfattande behov av omvårdnad och vård att bo kvar i det egna hemmet var tämligen begränsade i början på 1980-talet, men hade år 1997 vid tidpunkten för nämnda förarbete enligt regeringens bedömning förbättrats betydligt.⁴

I regeringens skrivelse *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* konstaterades att det, trots att det hade skett omfattande ny- och ombyggnationer av särskilda boenden efter Ädelreformen, kvarstod behov av att bygga nya bostäder för äldre personer samt bygga om och höja standarden på befintliga bostäder. Regeringen gjorde bedömningen att ett stort antal bostäder behövde tillkomma, eftersom antalet icke verkställda beslut och domar inom äldreomsorgen framför allt berodde på bristen av särskilt boende.⁵

I propositionen *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, anger regeringen år 2005 att ”De särskilda boendeformerna har i dag främst kommit personer med mycket omfattande omvårdnadsbehov till del, till exempel personer med demenssjukdom.”

Vidare uttrycks i propositionen att för många personer med demenssjukdom och för många som är svårt sjuka, är särskilt boende det alternativ som bäst kan tillgodose behovet av vård och omsorg samt trygghet. Både utformning av bostäderna och den fasta bemanningen ger dem som har behov av särskilt stöd en hög grad av säkerhet och trygghet. Samtidigt hade fler vanliga bostäder med god tillgänglighet, bra hjälpmedel och en bättre utvecklad hemtjänst påverkat efterfrågan och behoven av särskilda boendeformer. Regeringen gjorde ändå bedömningen att det finns personer i sådana livssituationer som bör kunna komma ifråga för att beviljas plats i särskilt boende. ”De som känner sig otrygga och isolerade med att bo kvar i sin bostad i villan eller den vanliga trappuppgången trots en väl fungerande hemtjänst och hemsjukvård behöver erbjudas adekvata insatser och åtgärder för de problem de upplever.”⁶

⁴ Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*.

⁵ Skr. 2002/03:30. *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*. s. 67.

⁶ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 76.

I propositionen görs också en genomgång av vad som ska beaktas vid biståndsbedömningen enligt följande:

Grundläggande kriterier för den enskildes behov av särskilt boende är naturligtvis hans eller hennes fysiska och psykiska hälsa och funktionsförmåga. Av 1 kap. 1 § SoL följer att den enskildes självbestämmande, integritet och möjligheter att aktivt delta i samhällslivet alltid skall beaktas. Av 5 kap. 4 § SoL följer att den enskildes möjligheter att bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra skall beaktas. Av 5 kap. 5 § SoL följer att den enskildes service- och omvårdnadsbehov skall beaktas.⁷

Regeringen ansåg dock att den höga ändringsfrekvensen i länsrätten, som framkom i en undersökning år 2002 av samtliga länsrättsdomar under sex månader avseende hemtjänst och särskilt boende för personer 65 år och äldre tydde på att kommunerna gjorde en alltför restriktiv tolkning av socialtjänstlagen.⁸

I propositionen *Värdigt liv i äldreomsorgen* gjorde regeringen år 2010 bedömningen att det behövs fler platser i särskilda boendeformer för äldre. Regeringen ansåg det vara angeläget att stödja utbyggnaden genom fortsatt statligt investeringsstöd till särskilt boende. Regeringen gav även Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Boverket och Arbetsmiljöverket tydliggöra hur särskilt boende för äldre kunde utformas med avseende på att det skulle kunna fungera väl för de boendes egna aktiviteter, för användning av moderna hjälpmedel samt i fråga om arbetsmiljö för anställda som arbetar med moderna metoder.⁹

I propositionen angavs även att innehållet i särskilt boende behöver utvecklas för att tillgodose äldre personers såväl sociala som medicinska behov. Innehållet behöver också utvecklas för människor med demens och multisjuklighet, för etniska och språkliga minoriteter samt för homo-, bi- och transsexuella personer. Regeringen fastslog samtidigt att särskilt boende bör främst vara en resurs för människor som är beroende av vård och omsorg dygnet runt och för dem som behöver eftervård eller rehabilitering efter sjukhusvistelse.¹⁰

⁷ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 76 f.

⁸ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

⁹ Proposition 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen* s. 86–88.

¹⁰ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 86

13.3 Särskilda boendeformer för äldre

Mina förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga om det finns skillnader mellan kommunerna vad gäller riktlinjer och tillämpning för att bevilja bistånd till särskilt boende och vilka orsaker som i så fall kan förklara dessa skillnader. I uppdraget bör vidare ingå att kartlägga om det finns skillnader i möjlighet att få plats i särskilt boende mellan kvinnor och män eller beroende på socioekonomiska villkor, etnicitet, hbtq, funktionsnedsättning, om man tillhör det samiska folket eller övriga nationella minoriteter. Kartläggningen bör också innefatta om kommunernas ekonomi har någon betydelse. Socialstyrelsen föreslås också kartlägga antal och andel bifall och avslag, vilka motiv som anges i besluten vid avslag på ansökningar om särskilt boende, i vilken omfattning avslag överklagas och om det finns socioekonomiska och könsskillnader vilka som överklagas, samt om besluten ändras av domstolarna och domstolarnas skäl.

Regeringen föreslås även ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en studie beträffande livssituationen för personer som har ansökt om plats i särskilt boende där huvudorsaken varit oro, ångest och/eller ensamhet, men fått avslag på ansökan om särskilt boende. I studien bör också ingå att undersöka i vilken mån andra insatser beviljats dessa personer samt om dessa insatser i så fall visat sig ändamålsenliga och hur den äldre personens möjlighet till delaktighet och inflytande tagits tillvara.

Mina bedömningar: Bestämmelsen om särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd, 5 kap. 5 § socialtjänstlagen, behöver inte ändras eftersom bestämmelsen redan i dag innebär, att socialnämnden ansvarar för inrättande av dessa boenden oavsett om behoven beror på demenssjukdom, fysisk eller psykisk ohälsa. Kommunerna har med gällande lagstiftning också stora möjligheter att utforma särskilda boenden efter olika behov.

Behov av tillgång till trygghet och social gemenskap för äldre personer, som inte har så omfattande behov av vård och omsorg att de har rätt till särskild boendeform, kan för många äldre personer tillgodoses genom utveckling av boenden i ordinärt boende inom ramen för bostadsförsörjningen samt genom insatser i hemmet, utveckling av sociala aktiviteter i kommunens och civilsamhällets regi och annat stöd för att underlätta för den äldre personen att kunna leva ett liv i gemenskap med andra.

Platser och boende i särskilda boendeformer för äldre

Tillgången till platser i särskilt boende för äldre personer varierar, som jag redovisat i kapitel 7, mellan kommuner, men antalet platser totalt har minskat under 2000-talet. I vissa, men inte alla, kommuner har det samtidigt skett en ökning av andel äldre personer som har hemtjänst. Till viss del kan det förklaras av olikheter vad gäller demografi, hälsosituationen hos de äldre personerna i kommunen, tillgång till lämpliga bostäder i det ordinära boendet, tillgång till hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende samt kommunens geografiska förutsättningar. Det kan dock inte uteslutas att en del av förklaringen också är att det kan förekomma olika tolkningar i olika kommuner för vad som krävs för rätt till en plats i särskild boendeform.

Under 2015 bodde 103 677 personer som var 65 år eller äldre kortare eller längre tid permanent i en särskild boendeform. Den 31 oktober 2015 bodde 82 171 personer 65 år och äldre permanent i en särskild boendeform för äldre. Av dessa var 56 325 kvinnor och 25 846 män. Det innebär att det var fyra procent av personerna 65 år och äldre som bodde i särskilt boende och 13 procent av personer i åldersgruppen 80 år och äldre. Det är en större andel

kvinnor som bor i särskilt boende jämfört med män i alla åldersgrupper från 75 år och äldre.

Andelen personer som bor i särskilt boende ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 95 år och äldre var det 47 procent av kvinnorna som bodde permanent i en särskild boendeform, medan det var 35 procent av männen.

Den 31 oktober 2015 bodde 10 296 personer 65 år och äldre på i ett korttidsboende. Under 2015 var det 37 556 personer som någon gång bodde i ett korttidsboende.¹¹

Bristande tillgång på särskilt boende

I Boverkets Bostadsmarknadsenkät 2016 uppger 109 kommuner att de har underskott på platser i särskilda boendeformer. Det är något färre än 2015 då 122 kommuner svarade att de hade underskott på sådana bostäder. Hälften av landets kommuner bedömer att de har balans i utbudet av platser i särskilda boendeformer. Det är 21 kommuner som uppger att de har överskott av särskilda boendeformer.

Andelen kommuner som enligt bostadsmarknadsenkäten 2016 bedömer att behovet av särskilda boendeformer för äldre kommer att vara täckt om två år har ökat från 60 (172) till 63 procent (184) sedan Bostadsmarknadsenkäten 2015. På fem års sikt räknar 65 procent av kommunerna (188 kommuner) med att behovet av särskilda boendeformer för äldre kommer att vara täckt. År 2015 bedömde 60 procent av kommunerna (175 kommuner) att behovet av särskilda boendeformer skulle vara täckt om fem år.¹²

I de kommuner där det finns brist på platser eller kommer att finnas brist på platser, så ökar risken för att äldre personer som har rätt till plats i särskilda boendeformer för äldre och som har beviljats plats får vänta på att beslutet verkställs.

Det finns, som jag redovisat i kapitel 7, även en tydlig bild av att det ända sedan Ädel-reformen 1992 har pågått en utveckling, där särskilda boendeformer för äldre alltmer inriktas på personer som

¹¹ För mer uppgifter se kapitel 7.

¹² www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/sarskilda-boendeformer-for-aldre/ (hämtad 2017-01-30).

har stora behov av vård och omsorg dygnet runt beroende på demenssjukdom.

Det finns därför enligt min mening risk att äldre personer vars behov av särskilt boende beror på andra orsaker än demenssjukdom, såsom fysisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa i kombination med oro, otrygghet och isolering inte kan få sina behov tillgodosedda genom lämpliga boendeformer.

Många kommuner har också minskat antalet servicelägenheter eller helt avvecklat servicehus. Andra kommuner har omvandlat dessa boenden till seniorboenden, trygghetsboenden eller någon form av "pensionärlägenheter", till vilka äldre personer har förtur.

Några av de skäl som funnits för avveckling av servicehus kan sammanfattas som:

- för "dålig" boendestandard, då många servicehus är byggda i början på 1970-talet,
- låg efterfrågan på servicelägenheter, då tillgången till "äldre-vänliga" bostäder i det ordinära bostadsbeståndet ökade under 1980- och 1990-talen,
- krav från Arbetsmiljöverket relaterade till personalens arbetsmiljö som är högre om en bostad ligger i ett särskilt boende än är en bostad i ordinärt boende,
- aktiv satsning på kvarboende i ordinärt boende genom utveckling av hemtjänst och hemsjukvård.

Den aktuella situationen med brist på platser i särskilda boendeformer kan, enligt min bedömning, i en del kommuner leda till att personer flyttar till särskilt boende i ett mycket sent skede av livet. Sedan mitten på 1980-talet har gjorts ett flertal statliga satsningar på olika former av statliga stöd till nybyggnad och ombyggnad av särskilda boendeformer för äldre. Målsättning, regler och villkor har varierat över tid.¹³

¹³ Proposition 1990/91:14 *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 139–141 och Wänell, Sven-Erik. *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvaliteten i äldreomsorg*. (2016). Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) s. 61–69. www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Stimulansmedelsrapporten-2.pdf (hämtad 2017-03-13).

Ej verkställda beslut

Biståndsbeslut om särskilt boende ska verkställas omedelbart. Om det tar mer än tre månader ska anmälan ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).¹⁴ Majoriteten av de som beviljas plats i särskilt boende erhåller denna inom tre månader. Under 2015 fick drygt 2 500 personer (cirka 5 procent av alla som beviljades plats) vänta mellan tre och sex månader på att få sitt beslut om permanent särskilt boende enligt SoL verkställt. Drygt 1 400 personer (cirka 3 procent) fick vänta mer än sex månader. Antalet minskade åren 2011–2013, men har därefter åter ökat. Jämfört med 2013 fick 1 080 personer fler vänta minst tre månader år 2015, en ökning med 38 procent. Två tredjedelar är kvinnor och fyra av fem är 80 år eller äldre.

När ej verkställda beslut om permanent särskilt boende efter tre månader summeras för åren 2011–2015 framträder tydliga skillnader mellan kommunerna. Vissa kommuner hade inte några beslut som inte var verkställda, i några kommuner fick inemot var femte som ansökte om insats vänta mer än tre månader. Det går inte att se några skillnader beroende av andel 80 år och äldre som har en plats. I två kommuner med lika hög andel som fått vänta länge (17–18 procent) hade i den ena kommunen fem procent av personer 80 år och äldre plats i särskilt boende, i den andra kommunen 17 procent. Det går inte heller att se några tydliga skillnader mellan stora och små kommuner eller olika delar av landet.¹⁵

Rättsliga förutsättningar

I 5 kap. 4 § SoL anges bl.a. att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Enligt 5 kap. 5 § SoL ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad

¹⁴ 16 kap. 6 f § SoL och 16 kap. 6 a § SoL.

www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/rattssakeraldreomsorgverkstall#anchor_0
(hämtad 2016-12-22).

¹⁵ Statistik utredningen erhållit från Inspektionen för vård och omsorg, egen bearbetning.

för äldre människor som behöver särskilt stöd. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Det framgår av förarbeten till socialtjänstlagen att huvudinriktningen när det gäller omsorgen om äldre människor är att de, så långt det är möjligt, ska ges förutsättningar att bo kvar i sitt eget hem, den s.k. kvarboendepincipen.¹⁶ Denna princip bör enligt förarbetena vara utgångspunkt även när den enskilde har omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård.¹⁷

De insatser som socialtjänsten erbjuder i form av hemtjänst, dagverksamheter, trygghetslarm, m.m. är viktiga förutsättningar för att äldre personer ska kunna leva och bo självständigt. Andra viktiga insatser för att äldre personer ska kunna bo kvar hemma är färdtjänst och bostadsanpassning. När behovet av tillsyn eller kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i den egna hemmiljön ska det finnas möjligheter att flytta till en särskild boendeform.¹⁸

Begreppet särskilda boendeformer är inte närmare preciserat i lag, men i förarbetena¹⁹ som låg till grund för lagändring med införande av samlingsbegreppet angavs att begreppet omfattar ålderdomshem och andra servicehus samt gruppboenden och sjukhem. Även platser för korttidsboende omfattas av begreppet särskilda boendeformer.²⁰

I ett senare förarbete konstateras att det har blivit många olika former av särskilt boende för äldre och att beteckning för boendena varierar mellan olika kommuner.²¹ Några beteckningar som används i olika kommuner är vård- och omsorgsboende, vårdbostäder, demensboende, servicelägenheter, servicehus, omsorgsboende och vårdhem. I detta betänkande används benämningarna särskilt boende eller särskild boendeform i stället för samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor, som anges i 5 kap. 5 § SoL.

¹⁶ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 88 f. och 121.

¹⁷ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 88 f. och 121.

¹⁸ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 89.

¹⁹ Proposition 1987/88: 176 *Äldreomsorgen inför 90-talet* s. 62–70 och Proposition 1990/91:14 *Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 38–46 och s. 146–147.

²⁰ Proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* s. 79–80.

²¹ Proposition 2011/12:147 *Rätten att få åldras tillsammans – en fråga om skälighet, värdighet och välbefinnande i äldreomsorgen*, s. 13.

Utgångspunkten i förarbetena är att bostaden i en särskild boendeform ska vara utformad och utrustad så att den äldre personen kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt.²² Vidare ska ett särskilt boende kännetecknas av krav på att de tjänster som den äldre personen behöver ”skall kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det ska finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social och medicinsk vård krävs, dels svara för att sådan ges.”²³

I de särskilda boendeformerna har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL²⁴. Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. God vård och omsorg ska enligt socialtjänstlagen genomföras med beaktande av enskildas behov av självbestämmande, integritet, trygghet och kvalitet.

Genom en ny bestämmelse i 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, tydliggörs att det i ett särskilt boende ska finnas tillgång till personal, som dygnet runt utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Tillgången till personal ska bestämmas utifrån de boendes aktuella behov. I förordningsmotivet till den nya bestämmelsen framhålls socialnämndens möjligheter att ordna boende på olika sätt enligt följande:

Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. Socialnämnden kan t.ex. fortsatt placera äldre i s.k. servicelägenheter med trygghetslarm. Vidare förtydligas att de äldre som placeras i exempelvis s.k. demensboenden och behöver dygnet runt vård ska tillförsäkras detta. Finns behov av på boendet närvarande personal ska sådan finnas.

Enligt 4 kap. 1 c § SoL ska det, för den som beviljas bistånd i form av särskilt boende för äldre personer, ingå i en skäligen levnadsnivå att kunna sammanbo med make, maka eller sambo, den s.k. parboгарantin. Detta gäller oavsett om maken, maken eller sambon har behov av boende i särskild boendeform eller inte.

²² Proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* s. 75.

²³ Proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* s. 75.

²⁴ Riksdagen beslutade den 1 februari 2017 i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). De paragrafer som hänvisas till i detta kapitel finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Det kan också tilläggas att det finns äldre personer som bor i bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL samt i bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, som regleras i 9 § punkten 9 i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Rättspraxis beträffande rätt till särskilt boende för äldre

I en prejudicerande dom från Högsta Förvaltningsdomstolen²⁵ från 2006 klargörs att rätten till särskilt boende kan bero på såväl fysiska omvårdnadsbehovet som sociala och psykologiska faktorer samt att även känsla av otrygghet och social isolering kan beaktas. Målet gäller en 90-årig kvinna som ansökte om bostad i särskilt boende. Kvinnan, som bodde ensam i en lägenhet hade problem med bland annat hjärtsvikt och yrsel och kände sig otrygg i den egna bostaden. Hon kände sig även socialt isolerad och önskade att få komma till ett särskilt boende. Kvinnan fick dagligen hjälp av hemtjänsten för att bland annat klara mathållning, påklädning och bäddning, men klarade den personliga hygienien själv. Hon hade också beviljats ett trygghetslarm. Av utredningen framgick vidare att kvinnan på grund av sitt hälsotillstånd oftast var hänvisad till att vistas ensam i lägenhet.

Högsta Förvaltningsdomstolen konstaterar i målet att förarbetena till socialtjänstlagen synes mena att man i första hand bör beakta det fysiska omvårdnadsbehovet, men domstolen anser inte att förarbetena hindrar att faktorer, som sociala och psykologiska, beaktas. Vidare framhåller domstolen bestämmelsen i 5 kap. 4 § SoL som markerar socialnämndens ansvar för att stödja äldre människor som är ensamma och isolerade. Domstolen uttryckte också följande: ”Om hälsan sviktar och/eller om de yttre förhållandena förändras på ett avgörande sätt är det inte lika självklart för alla att vilja bo kvar i den egna bostaden även om hemtjänstinsatser erbjuds. Tilltagande fysisk svaghet kan leda till en känsla av otrygghet och till social isolering. Även sådana aspekter måste beaktas vid en helhetsbedömning av frågan om den enskilde alltså är tillförsäkrad en skälig levnadnivå i kvarboende i den egna bostaden. Det-

²⁵ RÅ 2007 ref.86.

samma gäller hänsynen till den enskildes egen uppfattning, oavsett att den enskilde inte har någon obegränsad frihet att välja sociala tjänster.”

I domen ges kvinnan rätt till särskilt boende på grund av yrsel- och svimningsanfall i kombination med hennes känsla av otrygghet samt höga ålder som talade för att hennes hälsoproblem och hjälpbehov snarare skulle komma att öka än minska.

Urval av kammarrättsavgöranden år 2016 angående rätt till särskilt boende för äldre

Av följande urval av kammarrättsavgörande under år 2016 i liknande mål framgår att domstolarna beaktar olika slags behov, men att prövningen av det sammantagna behovet ändå kan leda till att behoven anses kunna tillgodoses genom stöd och hjälp i det egna hemmet, så att rätt till särskilt boende inte anses föreligga.

Urval av kammarrättsavgörande där rätt till särskilt boende för äldre har ansetts föreligga

I ett avgörande av Kammarrätten i Stockholm, 2016-11-15, mål nr 4959-16, ansågs en 83-årig kvinna ha rätt till bistånd i form av särskilt boende. Kammarrätten menar i domen att kvinnans psykiska ohälsa och otrygghetskänslor måste beaktas, vilket innebär att hennes omsorgsbehov är sådant att hon behöver bistånd i form av särskilt boende för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Kvinnan hade flera sjukdomsbesvär som kronisk smärta, yrsel, dålig balans, ångestproblematik och depression. Hon klarade delar av sin personliga omvårdnad och vardagssysslor, men det var utrett att besvären medförde begränsningar. Oro och stress hindrade henne från att delta i dagverksamhet och andra sociala aktiviteter. Nämnden ansåg att behovet av trygghet bättre kunde tillgodoses genom insatser i hemmet, men kammarrätten tog hänsyn till kvinnans egen uppfattning och ifrågasatte inte att hon kände sig orolig och isolerad i bostaden och att det påverkade hennes livssituation.

I en dom från Kammarrätten i Sundsvall, 2016-11-28, mål nr 1202-16, bedömdes en 85-årig kvinnas behov med anledning av fysiska besvär kunna tillgodoses genom hemtjänst, men på grund

av mångårig ångestproblematik som hade lett till dålig psykisk hälsa och social isolering, så ansågs hon ha rätt till särskilt boende.

Urval av kammarrättsavgöranden där rätt till särskilt boende för äldre inte har ansetts föreligga

I ett mål från Kammarrätten i Jönköping, 2016-11-21, mål nr 757-16 gällde prövningen en 81-årig kvinna vars hälsotillstånd medförde ett fysiskt omvårdnadsbehov. Kommunen menade att detta behov kunde tillgodoses i hemmet genom hemtjänstinsatser. Kvinnan framförde emellertid också att hon har ett behov av att känna sig trygg och att hon längtar till det sociala, då hon har svårt att ta sig ut på grund av trapporna i fastigheten. Hon ansåg att hennes sociala behov inte kunde tillgodoses av hemtjänsten. Kvinnan hade beviljats insatser i form av bl.a. daglig tillsyn och trygghetslarm i sitt boende. Hon hade även erbjudits utökad hemtjänst för att få sitt behov av social samvaro tillgodosett, men hade avböjt detta. Vidare hade hon informerats om möjligheten till seniorboende. Hon fick hjälp med att träna på att gå i trappor och numera fungerade även träning på egen hand bra och hon kunde ta sig upp och ner för trapporna med en vilostol.

Kammarrätten fann vid en sammantagen bedömning – även med beaktande av hennes ålder – att hennes behov av social samvaro och trygghet kunde tillgodoses genom utnyttjande av redan beviljade och erbjudna insatser. Hon ansågs därför inte ha rätt till särskilt boende.

I ett avgörande från Kammarrätten i Göteborg, 2016-12-13, mål nr 2251-16 hade en 87-årig man ansökt om vård- och omsorgsboende. Ansökan avslogs av kommunen, mot bakgrund av att hans behov kunde tillgodoses genom dagliga insatser från hemtjänsten och trygghetslarm. Mannen hade lungsjukdom och nedsatt balansförmåga och var inneboende hos en dotter. En läkare hade bedömt att han behövde plats på vårdhem för att få tillsyn dygnet runt. Förvaltningsrätten biföll överklagandet på grund av mannens ålder, sjukdomsbesvär och känsla av otrygghet och hänvisade till Högsta Förvaltningsdomstolen avgörande RÅ 2007 ref. 86.

Kammarrätten ansåg dock att mannen var tillförsäkrad skälig levnadsnivå i det egna boendet och med erbjudna insatser. Att han hade tackat nej till insatser med hänvisning till dottern (som arbe-

tade mycket, var lättväckt och blev störd av hemtjänsten) utgjorde inte skäl att i stället bevilja stöd i form av särskilt boende.

I ett avgörande från Kammarrätten i Stockholm, 2016-10-26, mål nr 3888-16, var det en 92-årig kvinna som hade haft en stroke i början av 2015 och tidigare även hade haft en hjärtinfarkt som ansökte om vård- och omsorgsboende. Kvinna hade nedsatt balans och svårt att andas. Vidare var hon trött och hade värk i kroppen. Hon hade ramlat på grund av lågt blodtryck och hade balansproblem, men klarade lättare inköp på egen hand och hade kontakt med andra i huvudsak på telefon. Kommunen avlog ansökan om vård- och omsorgsboende på grund av att kvinnan inte ansågs ha så omfattande behov. Kvinnan överklagade och anförde bland annat att hon var olycklig, ensam och gammal. Hon tyckte det var jobbigt att vara ensam och det gjorde henne ledsen. Hon tyckte inte att trygghetslarm räckte, eftersom det tar tid med ambulans och på vård- och omsorgsboende blir hon lugnare för det finns sjuksköterskor och läkare i närheten. I målet framgick även att kvinnan var yr och var orolig att ramla. Förvaltningsrätten ansåg att kvinnan hade rätt till boende och biföll överklagandet. Kommunen som överklagade domen uppgav i kammarrätten bland annat att kvinnan skötte sin personliga omvårdnad till stor del själv och att hennes behov av vissa serviceinsatser och matlagning tillgodosågs genom hemtjänstinsatser. Kommunen menade också att hemtjänst i kombination med trygghetslarm kunde tillgodose behov av trygghet. Kammarrätten biföll kommunens överklagande.

I ytterligare ett avgörande från Kammarrätten i Stockholm, 2016-06-15, mål nr 1981-16, så var det en 95-årig man som ansökte om vård- och omsorgsboende. Kommunen ansåg inte att han hade sådana behov av omvårdnad som inte kunde tillgodoses i hemmet, utan menade att han i stället för boende kunde ansöka om utökade insatser såsom stöd med personlig omvårdnad och mathållning och dagverksamhet. Alternativt kunde behoven tillgodoses genom bostad i servicehus, vilket han hade erbjudits.

Mannen tyckte att det var svårt att släppa in hemtjänst, han hade ramlat vid några tillfällen och kände sig svag och yr. Han framhöll att han skulle må bättre av att träffa andra människor.

Förvaltningsrätten, som konstaterade att mannen led av kärlkramp, njursvikt, artros och diabetes och nedsatt syn, bedömde att

han hade rätt till särskilt boende och att han även var berättigad till bistånd i form på vård- och omsorgsboende.

Kommunen överklagade domen och framförde att mannens omvårdnadsbehov inte var så omfattande att han behövde regelbunden hjälp och tillsyn dygnets alla timmar. Han hade en hög ålder, men beredskapen i form av omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal var dock i det sökta boendet anpassat för personer med större omvårdnads- eller tillsynsbehov än vad mannen hade. Kammarrätten, som vägde in att mannen hade erbjudits särskilt boende i form av servicehus, bedömde inte att han hade så omfattande behov av hjälp och omvårdnad att han hade rätt till vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg.

I ett avgörande från Kammarrätten i Göteborg, 2016-12-06, mål nr 2390-16, så var det en 89-årig kvinna som hade ansökt om särskilt boende eftersom hon ville kunna tillbringa sina sista år under trygga omständigheter. Hennes syn hade försämrats vilket gjorde henne rädd, osäker och ledsen och hon kände oro och ångslan i vardagen. Hon bodde själv i en lägenhet på andra våningen i en fastighet utan hiss och stod i kö till seniorlägenhet. Trapphiss kunde möjligen vara ett alternativ. Hon förflyttade sig med rollator och kunde sköta sina dagliga rutiner. Hon fick stöd med tyngre hushållssysslor och ärenden utanför hemmet. Detta eftersom hon ramlat och sedan dess inte klarade av att gå i trappor. Både förvaltningsrätten och kammarrätten ansåg dock att skäligen levnadsnivå kunde tillgodoses i hemmet med de insatser som kommunen kunde erbjuda där.

I en dom från Kammarrätten i Sundsvall 2016-11-28, mål nr 1128-16, bedömdes en 87-årig kvinna inte ha rätt till särskilt boende. Kvinnan hade en del fysiska besvär, kände oro och ville inte vara ensam på nätterna. Hon hade tackat nej till vissa insatser för att hon även blev orolig av att det från hemtjänsten kom olika personer.

Lagändring behövs inte, men tillämpningen behöver följas upp

Denna rättsfallsgenomgång har visserligen begränsad omfattning, men har ändå intresse, särskilt eftersom samtliga domar är från lägst kammarrätt.

Enligt min uppfattning så visar domarna att äldre personers olika behov beaktas vid prövning av rätt till särskilda boenden, oavsett om behoven orsakas av fysisk eller psykisk nedsättning eller känsla av oro och isolering. Däremot innebär krav på behovens omfattning, att inte alla som ansöker anses ha rätt till särskilt boende. Detta tycks i synnerhet gälla om ansökan om särskilt boende i hög grad beror på oro och ensamhet. Enligt min mening är Kammarrättens i Stockholm avgörande, 2016-06-15, mål nr 1981-16, av särskilt intresse eftersom det i målet konstateras att mannens behov kan tillgodoses genom servicehus, men att han inte har så omfattande behov som motiverar den personaltäthet som finns i vård- och omsorgsboende som han hade ansökt om.

Rent allmänt sett anser jag inte att det är självklart att personer som har relativt små behov ska få plats i sådana särskilda boenden, som är utformade med mycket personal och kompetens med inriktning att kunna möta omfattande och komplexa behov hos äldre personer.

En fråga som då uppstår är om det borde finnas skyldighet för kommunerna att inrätta boenden för personer med mindre omfattande behov av vård och omsorg, så att dessa också skulle ha rätt till särskilt boende, men med mindre personal och kanske utformning som de servicehus som fanns tidigare i flertalet kommuner? Frågeställningen tangeras år 2004 i en rapport från Boverket²⁶ enligt följande:

Kommunerna har sedan några år tillbaka lagt ner ett stort antal platser i särskilt boende för äldre och man planerar att lägga ner ännu fler. Kommunernas "kvarboendestrategi" för äldre innebär att man avvecklar äldreboenden och omvandlar servicehus till ordinära bostäder. Utvecklingen bygger på att man tillämpar striktare krav vid biståndsbedömningen, vilket innebär att en plats i särskilt boende erbjuds först vid mycket omfattande vård- och omsorgsbehov.

Jag har stor respekt för äldre personers upplevelse av ensamhet, oro och otrygghet, och deras önskan att därför få ett mer tryggt boende. Det är dock långt ifrån klarlagt att alla äldre personer som

²⁶ Boverket och Socialstyrelsen. *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses. Regeringsuppdraget till Boverket och Socialstyrelsen 2003-04-03*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.

flyttar till ett särskilt boende primärt på grund av oro och isolering skulle få det bättre i det särskilda boendet.

Tvärtom talar mycket för att behoven för många äldre personer kan tillgodoses bättre vid kvarboende i en känd miljö. Det fordras dock anpassningar som gör att den äldre personen kan komma ut och in i bostaden och eventuellt kan en flytt till ett hus med hiss vara avgörande för att den äldre personen ska få ett ökat välbefinnande. Vidare förutsätts även att hjälp i hemmet fungerar så att den skapar trygghet och underlättar sociala aktiviteter och är utformade tillsammans med den äldre personen och utifrån dennes behov.

Enligt min mening ger nu gällande bestämmelser om särskilda boendeformer i socialtjänstlagen tillräckligt stöd för att äldre personer med behov av stöd på grund av olika orsaker ska kunna få plats i särskild boendeform. Det som är avgörande är inte vad behovet beror på utan hur omfattande behovet är.

Domstolspraxis, som refererats tidigare, ger också stöd för att tillämpningen sker i enlighet med detta. Enligt min mening finns det därför inte anledning till förslag om lagändring härvidlag. Jag föreslår inte heller, i nuläget, någon ändring av hur omfattande behov som krävs för att få rätt till särskild boendeform för äldre.

Det kan däremot finnas anledning att följa upp om det finns olikheter mellan landets kommuner, och om vissa kommuner satt ”ribban” för att beviljas plats i särskilt boende så högt att bara personer med demenssjukdom eller mycket omfattande fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar beviljas plats. Det är väl känt att det skiljer sig mellan kommunerna hur stor andel av den äldre befolkningen som har plats i särskilt boende. Är ”ribban” högre satt i kommuner som har en liten andel platser? Vilka orsaker finns till dessa skillnader, och vad innebär de för de äldre personerna i en kommun med hög respektive låg andel platser i särskilt boende? Det är mot den bakgrunden jag föreslår att Socialstyrelsen ska få ett uppdrag att följa upp om det finns skillnader mellan kommunerna hur omfattande vård- och omsorgsbehov en person ska ha för att beviljas plats, och med vilka motiv äldre personer får avslag på sina ansökningar. Det saknas också kunskap om det finns skillnader i möjlighet att få plats i särskilt boende beroende på skillnader mellan kvinnor och män, socioekonomiska villkor, etnicitet, hbtq, funktionsnedsättning, det samiska folket och övriga nationella minoriteter. Det finns inte heller någon kunskap om kommu-

nernas ekonomi har någon betydelse. Uppföljningen bör därför även belysa de aspekterna. Jag tar också upp denna fråga i ett vidare sammanhang i kapitel 16.

Särskilda boendeformer är en omfattande och kostsam insats, som medför krav på kommunen att se till att det finns tillräckligt med personal dygnet runt och att det även finns tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal.

Därtill är det, som jag nämnt och återkommer till, inte säkert att en flytt till särskilt boende innebär en minskning av oro och otrygghet. Det är också därför som jag i de följande avsnitten föreslår åtgärder för att stödja utvecklingen av ordinärt boende inklusive trygghetsboenden, seniorboenden och andra boenden för äldre personer liksom kommunernas arbete med sociala aktiviteter och samverkan med civilsamhället.

För personer som inte har så omfattande behov, men som känner sig otrygga, ensamma och isolerade och som kanske har behov av hemtjänst, kan det vara mer adekvat och lämpligt att ge stöd med utgångspunkt från bostaden i ordinärt boende, än att kommunens ansvar att tillhandahålla särskilda boenden utvidgas eller att nya boendeformer tillskapas.

Kommunerna kan också bevilja biståndsbedömd dagverksamhet, och erbjuda olika former av öppna verksamheter för äldre personer, ibland i kombination med stödpersoner som hjälper de äldre att komma till träffpunkter och liknande sociala aktiviteter. Hit kan också räknas kommunernas samverkan med och stöd till olika former av sociala aktiviteter, träffpunkter, väntjänst och likande som ordnas av pensionärsorganisationer, föreningar, trossamfund och andra aktörer. Den formen av insatser kan vara mer adekvata än att flytta till en ny bostad.

Jag föreslår därför att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få ett uppdrag att studera livssituationen för personer som har ansökt men inte beviljats plats i särskilt boende och där de anfört oro, ångest och/eller ensamhet som motiv för sin ansökan. Om dessa äldre personer beviljats andra insatser bör studien inkludera om dessa insatser i så fall visat sig ändamålsenliga.

Behov av ökad kunskap om vilka grupper som får avslag

Under 2002 genomförde Socialstyrelsen en undersökning av samtliga länsrättsdomar under sex månader avseende hemtjänst och särskilt boende för personer 65 år och äldre. I undersökningen konstaterades att endast en mycket liten del av samtliga beslut var avslag och det var också en liten del som överklagades. Undersökningen visade emellertid också att länsrätterna biföll vart fjärde överklagande.²⁷

Det saknas en aktuell sammanställning på nationell nivå om hur många äldre personer som söker särskilt boende, orsakerna till det, antal och andel bifall respektive avslag samt aktuella uppgifter om överklaganden, om beslut och domar ändras av domstolarna och domstolarnas motiv för det. Det finns inte heller någon kunskap om det finns socioekonomiska och könsskillnader vad gäller vilka som överklagar. Även dessa frågor bör därför ingå i den uppföljning jag ovan föreslagit att Socialstyrelsen bör göra.

För att kunna följa ärenden under kommunens handläggning och vid eventuella överklaganden bör undersökningen pågå under en längre tid, t.ex. tre år. En sådan uppföljning behövs även för att få uppgifter över hur många äldre personer som ansöker om plats i särskilt boende på grund av främst oro, otrygghet och isolering och hur dessa ansökningar behandlas. Syftet är att bidra till ett bättre underlag för framtida bedömningar av behov avseende särskilt boende för äldre personer samt ökad kunskap om skillnader och villkor för olika grupper av äldre personer över landet.

Frågan om rätt till särskilt boende vid en viss ålder

I olika sammanhang har det framförts att äldre personer över en viss ålder ska ha rätt till en plats i en särskild boendeform. Den äldre personen över en viss ålder ska själv kunna bestämma om och när hen ska få flytta till ett särskilt boende. Bestämmelserna i socialtjänstlagen utgår från att en äldre person har rätt till särskilt

²⁷ Socialstyrelsen. *De äldre och besvärsmöjligheten. Överklagade beslut om hemtjänst och särskilt boende*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.

boende om behov föreligger och det är med nuvarande lagstiftning inte tillåtet att tillhandahålla insatser med ålder som enda grund.²⁸

Om man skulle göra en förändring av detta uppkommer frågan om det skulle vara en *möjlighet* för kommunen att tillhandahålla en plats i särskilt boende med ålder som grund, en *skyldighet* för kommunen eller vara en *rättighet* för den äldre personen att få en plats i särskilt boende när hen uppnått en viss ålder. Beroende på vilket ställningstagande man gör får det mycket stora konsekvenser för såväl kommunen, som den äldre personen. Detta är frågeställningar som jag delvis återkommer till i kapitel 14.

För en sådan förändring talar att det kan ge äldre personer en större trygghet att de faktiskt får plats den dag de själva önskar – givet att de uppnått den stipulerade åldern. Mot ett sådant förslag talar bl.a. det som jag tagit upp i flera andra kapitel, bl.a. kapitel 7, att vilka behov åldrandet för med sig är högst individuellt, och att behovet av särskilt boende kan inträffa likaväl när en person är 65 år som 95 år. Som framgår av statistiken i kapitel 7 är det först när kvinnor är 95 år och äldre som ungefär hälften bor i särskilt boende. Att fastställa en viss åldersgräns är problematiskt och kan ge negativa effekter för de som har behov men inte uppnått ”rätt ålder”.

De överväganden den äldre personen gör inför en flytt till särskilt boende är svåra. Det är för de allra flesta den sista flytten, och den sker i en livssituation där den äldre personen och dennes anhöriga behöver kvalificerat stöd i beslutsfattandet. Många av de som flyttar till särskilt boende har en omfattande kognitiv nedsättning. Allt detta talar för behov av en biståndsbedömning, för att det ska finnas ett tillräckligt underlag om den äldre personens behov som grund för beslutet och information till det särskilda boendet. Därtill kommer att många i denna situation kan behöva det stöd och den information som biståndshandläggningen ska innebära i denna situation. En eventuell förändring av socialtjänstlagen kräver en omfattande översyn av den rättsliga regleringen och av de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna. Jag har efter överväganden kommit fram till att jag inte lämnar något förslag om en sådan lagöversyn.

²⁸ Prop. 2000/01:80, *Ny socialtjänstlag*, s. 92. Se även kapitel 14.3 och 14.6.

13.4 Sociala insatser

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp i vilken utsträckning kommunernas stöd i form av dagverksamhet och öppna verksamheter kan minska äldre personers behov av och önskemål om flytt till särskilt boende. Vidare föreslås Socialstyrelsen att med ledning av denna uppföljning utforma vägledning för kommunernas arbete med dagverksamheter och öppna verksamheter för äldre personer som behöver stöd.

Min bedömning: För äldre personer som på grund av ensamhet och/eller oro vill förändra sin boendesituation kan ett individanpassat erbjudande av insatser som riktar sig mot behoven, dvs. ensamheten och/eller oron, vara mer adekvat än att i första hand erbjuda flytt till ett annat boende. Dagverksamheter och kommunernas öppna verksamheter och den samverkan kommunerna har med civilsamhället vad gäller olika former av sociala aktiviteter som träffpunkter och väntjänst, som jag behandlar i kapitel 9, har en stor betydelse, kompletterade med sociala stödinsatser som ges i hemmet. Dessa kan med fördel erbjudas tidigt då social samvaro även bidrar till att stärka den fysiska och psykiska hälsan. Jag ser det som angeläget att kommunerna samarbetar med och stödjer civilsamhällets omfattande insatser på detta område.

Vikten av social gemenskap

Vid socialutskottets behandling av förarbeten till bestämmelsen om att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden i 5 kap. 4 § SoL uttalade socialutskottet följande:

Utskottet konstaterar att det stora flertalet äldre behåller hälsan högt upp i åren och är aktiva, vitala och välintegrerade inom familjekretsen och i samhället. Det finns dock bland ålderspensionärerna de som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin ensamhet och isolering.

Utskottet vidhåller att det är angeläget att socialnämnderna stödjer människor som är ensamma och isolerade. Det bör framhållas att socialnämnden enligt 3 kap. 6 § i förslaget till ny socialtjänstlag genom

hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra.

Vidare anges som ett av målen i den av riksdagen godkända nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (bet. 1997/98:SoU24) att äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag.²⁹

Många kommuner satsar på allmänt inriktade verksamheter som är öppna för äldre personer i syfte att minska den ensamhet och oro som kan komma med eller förstärkas med åldrandet. Ofta sker det i samverkan med eller genom stöd till civilsamhällets organisationer. Jag har redovisat mina förslag på detta område i kapitel 9. Här vill jag gå vidare och särskilt lyfta kommunernas ansvar för de äldre personer som på grund av hälsoskäl, fysiska funktionsnedsättningar, nedstämdhet, ensamhet och liknande inte längre har samma möjlighet att finnas med i en social gemenskap och fortsätta att eller få nya möjligheter att ägna sig åt det hen trivs med.

Insatser som kan erbjudas i hemmet

Samtal kan ha positiva effekter. Gruppsamtal och individuella samtal inom vården och omsorgen om äldre personer kan vara av värde. Det är också viktigt att undersköterskan har tid och kompetens att ta vara på de vardagliga samtal som kan uppstå även kring existentiella frågor. Dock kan detta ha svårt att få tillräckligt utrymme i olika omsorgssituationer.³⁰ Många kommuner ger stöd till civilsamhällets olika former av verksamheter, som t.ex. väntjänst där volontärer besöker äldre personer. Det finns även många organisationer – pensionärsorganisationer, trossamfund, Röda Korset m.fl. – som på eget initiativ bedriver väntjänst riktad till medlemmar i den egna organisationen.

Även användandet av välfärdsteknik kan, som jag redovisar i kapitel 9 och 12, ge positiva resultat för att minska upplevelsen av

²⁹ Socialutskottets betänkande 2000/01:SoU18, *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 84 f.

³⁰ Cedersund, Elisabet och Ågren, Axel. Äldre människor i ensamhet och gemenskap. I Abramsson, Marianne. (red.), Hydén, Lars-Christer (red.), & Motel-Klingebiel, Andreas (red.). *Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige*. (2017). Linköpings universitet. Underlagsrapport på uppdrag av Utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:03). www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Rapport-Vem-är-den-äldre_Webb.pdf (hämtad 2017-03-13).

ensamhet. Ett exempel är att delta i sociala aktiviteter via webben. Ellinor Larsson visar i en avhandling att de äldre personer som kunde utföra vardagsaktiviteter via webb upplevde en större delaktighet i samhället. Hon beskriver också hur en arbetsterapeutisk individbaserad och nätbaserad intervention kunde stödja äldre personers användande av sociala nätbaserade aktiviteter. Interventionen har gett en signifikant minskad känsla av ensamhet. En slutsats hon drog var att internetbaserade sociala aktiviteter kan vara ett bra komplement till andra sociala aktiviteter.³¹

Dagverksamheter och träffpunkter

Dagverksamhet inom ramen för äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen är en insats som kan passa för en del äldre personer. Våren 2013 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av dagverksamheter för personer 65 år och äldre. Målet med kartläggningen var att ge ett kunskapsunderlag som Socialstyrelsen kan använda för utveckling av indikatorer gällande kvalitet i dagverksamheterna.³²

Med dagverksamheter avsåg Socialstyrelsen i den kartläggningen både dagverksamheter där det krävs biståndsbeslut och där det inte krävs.

Kartläggningen visade att dagverksamhet i någon form fanns i nästan alla kommuner. Ungefär sju procent av verksamheterna drevs i enskild regi. Sex kommuner svarade att de inte hade någon dagverksamhet.

Dagverksamheternas inriktning berodde på vilken målgrupp de vände sig till. Exempel på inriktningar var

- dagverksamhet med inriktning på personer med demenssjukdom
- dagverksamhet med inriktning social samvaro
- dagverksamhet med somatisk inriktning
- dagverksamhet med rehabiliterande inriktning
- dagverksamhet med språklig inriktning.

³¹ Larsson, Ellinor. *Promoting social activities and participation among seniors: exploring and evaluating social and Internet-based occupational therapy interventions*. Diss., Umeå universitet, 2016.

³² Socialstyrelsen. *Dagverksamheter för äldre personer. Kartläggning 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Den vanligaste inriktningen var verksamheter för personer med demenssjukdom. För personer som deltog i dessa dagverksamheter krävdes alltid biståndsbeslut. Vid dagverksamheter med rehabiliteringsinriktning förekom det att deltagarna erhöll en plats enligt ett beslut av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsens kartläggning visade att enhetens geografiska läge påverkade möjligheten att besöka dagverksamheten. Av de enheter som besvarat enkäten bistod 70 procent med service för att arrangera transporterna till och från dagverksamheterna, vilket ofta skedde i samarbete med hemtjänstens personal. Som exempel nämndes att hemtjänstpersonalen hjälpte till med bokning av taxi eller färdtjänst eller att personal från hemtjänsten eller dagverksamheten följde med till eller från hemmet.

Besökare vid öppna verksamheter förutsätts kunna ta sig till träffpunkten på egen hand. För enheter med social inriktning var det ungefär hälften av de enheter som ingick i kartläggningen som svarade att volontärer deltog i verksamheten. Det skedde genom ett samarbete med olika intresseorganisationer som t.ex. pensionärsorganisationer, bildningsorganisationer, Röda Korset eller Demensförbundet.

Inom ramen för Socialstyrelsens kartläggning gjordes kommunbesök i tre kommuner – Malmö, Örebro och Piteå. Vid samtal med besökare och personal i dessa tre kommuner framkom bland annat att träffpunkter med strukturerade program och med anställd personal når en äldre målgrupp än de som drivs helt i frivillig regi av pensionärsföreningarna. Många äldre personer behöver en speciell introduktion till träffpunkten, ibland i form av att någon personal eller anhörig följer med till träffpunkten ett par gånger.³³

Syftet med aktiviteten kan vara både att öka välbefinnandet och att ge äldre bättre förutsättningar att bo kvar i ordinärt boende. Det finns i detta sammanhang särskild anledning att understryka socialnämndens ansvar enligt 3 kap. 1 § SoL för uppsökande arbete, som när det är lämpligt, ska göras i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och andra föreningar.

I en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum anges bland annat följande:

³³ Socialstyrelsen. *Dagverksamheter för äldre personer. Kartläggning 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

När människor aktiverar sig i föreningar eller organisationer och känner förtroende för andra stärks den sociala sammanhållningen. På ett individuellt plan ökar detta människors känsla av samhörighet och välbefinnande, något som i sin tur kan främja deras hälsa. Socialt nätverk och socialt stöd kan fungera som en buffert vid olika svårigheter i livet.

Åldrandet medför ofta stora sociala utmaningar för individen. Ju mer åren går, desto fler av ens anhöriga och vänner går bort eller blir alltför sjuka för att upprätthålla kontakten. Kan sociala mötesplatser kompensera för detta? Även om det i dagsläget är svårt att ge strikt vetenskaplig evidens för vilken betydelse sociala mötesplatser har, finns det forskningsstudier och rapporter som pekar på att dessa har relevans för deltagarnas välbefinnande och i förlängningen får en hälsofrämjande roll. De äldre som riskerar att drabbas av t.ex. depression som en följd av att ha förlorat en livspartner kan behöva psykosociala interventioner som är anpassade efter hans/hennes förutsättningar och fortgår under en längre tid. Det är främst sociala aktiviteter som är en effektiv interventionsform för att främja äldres psykiska hälsa.³⁴

Det finns i dag inte någon forskning som visar om biståndsbedömda dagverksamheter, öppna verksamheter och andra sociala aktiviteter leder till minskat behov av särskilda boenden. Vad som dock är tydligt är att äldre personer känner större välbefinnande och mindre ensamhet när de erbjuds komma till sociala aktiviteter och också får stöd att ta sig till sådana aktiviteter. Eftersom ensamhet och oro är en starkt bidragande orsak till att många äldre vill flytta till särskilt boende eller ökar risken för både fysisk och psykisk ohälsa så kan det enligt min bedömning ligga nära till hands att anta att fungerande social verksamhet faktiskt kan leda till minskat behov och intresse av flytt till särskilda boendeformer. Jag anser att det är högst angeläget att genom uppföljning analysera om det finns sådant samband.

Stöd till kommunernas arbete med sociala aktiviteter

Det finns således uppföljningar som visar på ett ökat välbefinnande när äldre personer t.ex. får möjlighet att delta i dagverksamhet liksom i öppna verksamheter som träffpunkter och liknande sociala

³⁴ Karp, Anita och Wånell, Sven-Erik. *Gemenskap ger hälsa – om förebyggande arbete i Enskede-Årsta-Vantör*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2013:02.

aktiviteter. Det behövs dock ytterligare uppföljningar och utvärderingar för att kunna bedöma om dessa insatser också leder till att fler äldre personer vill och kan bo kvar hemma längre. Det får i detta sammanhang konstateras att de rättsfallsreferat som redovisats ovan visar att äldre personer som ansöker om särskilda boenden ofta hänför till oro och ensamhet som en del av orsak till önskan att flytta.

Jag har därför övervägt att genom lagstiftning förtydliga socialtjänstens ansvar att verka för att tillgängliggöra sociala aktiviteter, träffpunkter, väntjänst, IT-stöd för att ha kontakt via Internet med släktingar och vänner och liknande verksamheter. Dessa verksamheter har det gemensamma syftet att ge äldre personer möjlighet till gemenskap och ett aktivt liv. En sådan bestämmelse skulle avse öppna verksamheter som kompletterar kommunens skyldighet enligt socialtjänstlagen att ge dem som behöver det insatser såsom hemtjänst och dagverksamhet och förstärka bestämmelsen i 5 kap. 4 § SoL, om att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det som främst talar för sådan lagstiftning är det angelägna behovet av denna typ av verksamheter, som ökar den äldre personens välbefinnande och som också kan antas påverka förutsättningarna för att bo kvar i ordinärt boende.

Det som talar emot lagstiftning i dag är att en absolut majoritet av kommunerna redan arbetar med denna typ av verksamheter. Därtill finns det en lång tradition för samverkan mellan kommuner och civilsamhället och det finns i dag många olika utformningar.

Det kan inte uteslutas att en lagstiftning skulle kunna ha motsatt effekt och verka begränsande för mångfalden av utformningar. Jag anser därför att övervägande skäl talar emot lagändring, och att det är mer ändamålsenligt att Socialstyrelsen får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med dagverksamheter och öppna verksamheter som riktar sig till äldre personer som behöver stöd för att kunna vidmakthålla ett aktivt liv i gemenskap med andra genom att bland annat sprida exempel på arbetssätt och metoder. På samma sätt har jag i kapitel 9 föreslagit att uppdraget till Folkhälsomyndigheten ska förtydligas avseende förebyggande och hälsofrämjande insatser för alla äldre personer.

13.5 Det ordinära boendet

Mina bedömningar: Jag stödjer förslaget i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) att regeringen ska ge Boverket i uppdrag att göra en särskild satsning, för att sprida kunskaper och erfarenheter om strategisk planering av bostadsförsörjning för äldre personer.

Jag delar även nämnda utrednings bedömning om behov av att genom tillägg i bostadsförsörjningslagen tydliggöra att socialnämnden ska medverka i planeringen av bostadsförsörjningen och tillföra kunskaper och erfarenheter om levnadsförhållandena i kommunen.

Bostadssituationen för äldre personer

Bostadssituationen för äldre personer är framför allt beroende av tillgången på bostäder i ordinärt boende med inriktning på äldre eller som är lämpliga för äldre, främst avseende tillgänglighet och bostadskostnad.

Bostäder för äldre personer både i ordinärt och särskilt boende påverkas av situationen på bostadsmarknaden i allmänhet. I betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) framhålls att behovet av nya lägenheter fram till 2030 för de som är 65 år och äldre kan skattas till cirka 350 000. I betänkandet framkommer vidare bland annat följande:

- Antalet äldre människor kommer att fortsätta öka och till följd av den bristande tillgängligheten i bostadsbeståndet kan många äldre efter hand hamna i en ohållbar bostadssituation.
- Tillgänglighetsfrågorna behöver komma i fokus vid såväl upp- rustning av befintliga bostäder, som vid nybyggnad av bostäder.
- Risken för problem med ensamhet och social isolering kan för- väntas fortsätta öka med åldern och med ofrivillig ensamhet följer såväl fysisk som psykisk ohälsa.
- Kombinationen av hög risk och låga fastighetsvärden försvårar eller omöjliggör nyproduktion på orter utanför tillväxtområden. I praktiken är det en mycket stor del av kommunerna som be- traktas som svaga bostadsmarknader. Även inom tillväxt-

regionerna finns det ofta orter eller områden där det inte går att få lån till att bygga bostäder. Detta är ett generellt problem men gäller inte minst små utflyttningskommuner med en snabbt åldrande befolkning.

- Pensionärernas ekonomiska situation har förbättrats successivt och många äldre kan förväntas ha en god ekonomi framöver.

Pensionerna följer dock, som jag redovisat i kapitel 7, inte den allmänna inkomstutvecklingen och för de allra flesta minskar pensionen efter hand. En påtaglig minskning sker ofta vid 70 års ålder, följt av en successiv nedtrappning. Detta medan hyror och avgifter stiger år från år. Även om de flesta har ekonomiska förutsättningar att klara detta, finns det en mindre grupp pensionärer med ytterst begränsade inkomster, som känner befogad oro inför framtida hyreshöjningar och som får problem den dag den nuvarande bostaden inte fungerar att bo kvar i.

Åtgärder inom ramen för kommunernas bostadsförsörjningsansvar

I betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) föreslås ett paket med åtgärder inom fyra områden i syfte att

1. förbättra tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet,
2. få fram fler bostäder för äldre, även på svaga bostadsmarknader, med fokus på boendeformer som ger möjlighet till gemenskap,
3. underlätta för äldre att flytta till – eller bo kvar i – en bostad som det går att åldras i, samt
4. främja forskning och annan kunskapsutveckling kring tillgänglighetsfrågor och gemenskap i boendet.

Det understryks vidare att de föreslagna åtgärderna behöver kombineras med en övergripande satsning på information och kunskapsspridning. Bostadspolitiken behöver genomsyras av ett intresse för tillgänglighetsfrågor parallellt med ett större fokus på olika boendeformer som erbjuder större möjligheter till vardaglig samvaro i boendet än de traditionella boendeformerna. Det växande antalet äldre människor kommer att vilja ha attraktiva bostäder som tillgodoser behovet av trygghet, tillgänglighet och gemenskap.

Vidare konstateras att det behövs ett varierat utbud av boendeformer som kan locka äldre personer – med olika ekonomiska resurser – att i tid flytta till en bostad som fungerar att åldras i och samtidigt frigöra bostäder som eftertraktas av yngre hushåll.

13.6 Trygghetsboende och seniorboende

Mina bedömningar: Utveckling av bostäder med inriktning på äldre personer, såsom trygghetsbostäder eller seniorbostäder, bör ligga inom den generella bostadspolitiken. Däremot behövs det samverka med socialtjänsten rörande tillgång till erforderliga insatser som ligger inom socialtjänstens ansvarsområde såsom hemtjänst och trygghetslarm.

Förslaget i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) om en bred utvärdering av trygghetsbostäder som boendeform behöver genomföras, med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling av konceptet samt för strategier och stödåtgärder.

Jag delar också utredningens bedömning att det i samband med den föreslagna utvärderingen bör göras en sammanställning av befintlig kunskap om vilken roll gemensamma lokaler kan ha för att skapa ett socialt sammanhang i boendet.

Forte bör inom ramen för sitt uppdrag om tillämpad välfärdsforskning få möjlighet att stimulera forskning om trygghetsbostäder och motsvarande boendeformer för äldre, med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling. Dessa studier bör inbegripa vilken roll gemensamma lokaler kan ha för att skapa ett socialt sammanhang i boendet. Studierna bör också belysa vilka grupper som faktiskt flyttar till trygghetsboenden och motsvarande boendeformer för äldre samt om det finns skillnader mellan t.ex. ensam- och sammanboende och mellan olika socioekonomiska grupper.

Sedan 1990-talet har det i många kommuner tillkommit seniorboenden och trygghetsboenden, som båda är boendeformer i ordinarie boende. Dessa boendeformer är alltså inte särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen och det krävs därmed inte något beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen för att flytta till någon av dessa boendeformer. Dessa bostäder får äldre personer i stället till-

gång till på den reguljära bostadsmarknaden. Det finns ingen skyldighet i lag för kommunen att tillhandahålla vare sig seniorboenden eller trygghetsbostäder.

Kommunen har däremot ansvar för att ge hemtjänst och andra insatser även till personer som bor i seniorboenden eller trygghetsboenden. Kommunerna är enligt 5 kap 6 § andra stycket SoL också skyldiga att i planeringen av sina insatser för äldre människor samverka med andra samhällsorgan och organisationer. I detta ligger bland annat att planeringen knyts nära till annan planering i kommunen, såsom kommunens bostadsförsörjningsplanering.

Seniorboenden

Seniorboenden är som jag redovisat i kapitel 7 inget enhetligt begrepp utan används oftast som ett samlingsbegrepp för boendeformer som vänder sig till människor i övre medelåldern och äldre personer. Dessa boenden marknadsförs som t.ex. plusboende, 55+boende, årgångsboende, gemenskapsboende, Tryggbo, eller framtidsboende. En vanligt förekommande åldersgräns är 55 år. Erfarenheterna är att de som flyttar in i ett sådant boende snarare är runt 70 år.

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät fanns det i januari 2016 närmare 30 000 seniorbostäder. Det är dock en underskattning, eftersom ett tjugotal kommuner som uppgav att det fanns seniorbostäder i kommunen inte kunde uppge antalet. Fyrtiotre kommuner planerade att bygga totalt 1 300 seniorbostäder under de två närmsta åren (2017–2018). Det förväntade byggandet av seniorbostäder har sjunkit under en följd av år.³⁵

³⁵ Boverket. *Fortsatt underskott på särskilda boendeformer för äldre.* www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/sarskilda-boendeformer-for-aldre/ (hämtad 2016-09-12).

Trygghetsbostäder

Vad som benämns som trygghetsbostäder och trygghetsboenden varierar runt om i landet. Trygghet, tillgänglighet, gemensamhetsutrymmen och särskild personal är gemensamma nämnare för många.

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2016 fanns det närmare 9 800 lägenheter i trygghetsbostäder, en ökning med 100 lägenheter från 2015. Det faktiska antalet är högre, tio av de kommuner som hade trygghetsbostäder hade inte besvarat hur många.

I denna enkät svarade 80 kommuner att projekt med närmare 3 800 lägenheter kommer att påbörjas under åren 2016–2017. Av dessa angav kommunerna att cirka 2 600 skulle påbörjas under 2017. Nyproduktion skulle stå för mer än 90 procent av de nya trygghetsbostäderna. Ungefär 300 lägenheter förväntades utgöra ett nettotillskott genom ändring av byggnad. Allmännyttan står för drygt en tredjedel av det förväntade tillskottet av trygghetsbostäder, medan privata hyresvärdar står för närmare en fjärdedel.³⁶

Statligt investeringsstöd till trygghetsbostäder 2010–2014

Under perioden 2010–2014 fanns ett statligt investeringsstöd till äldreboendebostäder som även omfattade trygghetsbostäder. Med trygghetsbostäder avsågs enligt förordningen (2007:159) om investeringsstöd till äldreboendebostäder bostadslägenheter och utrymmen för måltider, samvaro, hobby och rekreation där det finns personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. För att få del av investeringsstödet krävdes det att kraven i förordningen var uppfyllda, men långt ifrån alla bostäder som i dag kallas trygghetsbostäder uppfyller dessa krav. De kan t.ex. ha kommit till innan förordningen trädde i kraft, eller byggts utan statligt stöd.

Under perioden 2010–2014 beviljades 3 700 trygghetsbostäder stöd; 2 700 vid nybyggnation och 1 000 genom ombyggnad.

³⁶ Boverket. *Fortsatt underskott på särskilda boendeformer för äldre*. www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/sarskilda-boendeformer-for-aldre/ (hämtad 2016-09-12).

Investeringsstöd till bostäder för äldre personer från 2016

Den 15 november 2016 trädde förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer i kraft. Den nya förordningen innehåller nya regler jämfört med den förordning som reglerade investeringsstödet under åren 2010–2014.

Några sådana ändringar är att begreppet ”trygghetsbostäder” ersatts med hyresbostäder för äldre, åldersgränsen sänkts från 70 till 65 år och att den som får bidraget förbinder sig att upplåta bostäderna under åtta år jämfört med fyra år i den gamla förordningen.

Enligt den nya förordningen får investeringsstöd lämnas för att stimulera

1. ny- eller ombyggnad av hyresbostäder som utgör sådana särskilda boendeformer som avses i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453),
2. ny- eller ombyggnad av hyresbostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden om de uppfyller vissa krav
3. anpassning av gemensamma utrymmen i eller i anslutning till byggnad som upplåts med hyresrätt, kooperativ hyresrätt eller bostadsrätt i syfte att främja kvarboende.

Med hyresbostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden avses bostadslägenheter och utrymmen för de boendes måltider, samvaro, hobby och rekreation som främjar gemenskap och trygghet. I eller i anslutning till sådana bostadslägenheter och utrymmen ska det finnas personal dagligen som på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider eller finnas tillgång till andra gemensamma tjänster.

Bostadslägenheterna upplåts med hyresrätt eller kooperativ hyresrätt och är avsedda för

- a) en person som har fyllt 65 år,
- b) makar, sambor eller syskon där minst en har fyllt 65 år, eller
- c) efterlevande make, sambo eller syskon som vid dödsfallet sammanbodde med den avlidne i bostaden, om dödsfallet har inträffat efter att stöd har beviljats.

Stödet utgår till fastighetsägaren och kräver inte i sig någon kontakt med kommunen. Den som får investeringsstödet förbinder sig att under minst åtta år upplåta bostäderna enligt de villkor som gällde när stödet beviljades.

Trygghetsbostädernas roll

En studie från några kommuner i Västra Götaland visade att de som flyttade till en trygghetsbostad gjorde det på grund av försämrad hälsa i kombination med funktionsnedsättning. Några flyttade på grund av ensamhet, några för att slippa renovera och sköta om sitt hus. Hen ville flytta till en tillgänglig bostad, man uppskattade möjligheten av att lära känna andra äldre personer, och det var bekvämt att bo i hyresrätt. Trygghetsvärdarna – anställda i någon kommun av kommunens äldreomsorg och i någon annan av fastighetsägaren – kunde ses som en garant för att den sociala miljön som utvecklas på trygghetsboendet ska bibehållas på sikt.³⁷

Malmö Högskola genomförde 2012 en studie, inom ramen för ett regeringsuppdrag till Vinnova. Den visade att åldern för de som flyttar in i trygghetsbostäderna var högre än förväntat. Många hade fyllt 80 år och medelåldern bedömdes i denna studie ligga närmare 85 år. Konsekvenserna blev att många av hyresgästerna inte var så aktiva som man hade förväntat sig, och att de hade ett större behov av stöd och service än vad som avsetts med trygghetsbostäderna. Det var ganska vanligt att de boende hade stöd från hemtjänsten, vilket innebär att personal från hemtjänsten ofta finns närvarande i trygghetsbostäderna. Det uppstod då ibland oklarheter kring trygghetsvärdens roll och hur denne förväntas samspela med hemtjänstens personal. De boende kan ha svårt att veta vilka förväntningar de kan ha på respektive aktör.³⁸

I betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) framhålls att det inte gjorts någon systematisk utvärdering av trygghetsbostäder. Man vet därför inte i vilken utsträckning trygghetsboendena har tillgodosett behov och mött förväntningar hos dem som

³⁷ Lindahl, Lisbeth. *Tryggt i trygghetsboenden? Exempel från Alingsås, Göteborg och Trollhättan*. Göteborg: FoU i Väst rapport 2:2015.

³⁸ Larsson, Lena, Tranquist, Joakim, Solding, Lotta, Sjölander, Jens och Isaksson, Ola (Malmö högskola). *Trygghetsbostäder för äldre – en kartläggning*. Vinnova rapport 2013:7.

flyttat in där och inte heller om de haft den förebyggande och hälsofrämjande effekt som förutspåtts och därigenom minskat behovet av särskilt boende³⁹.

Vad står trygghetsbostäder för? Om de som flyttar dit inte efterfrågar trygghet utan en bekväm bostad i ett hus där det finns andra seniorer som ger möjligheter till opretentiös samvaro i det dagliga livet – har då trygghetsbostaden fyllt sitt syfte? Och de som faktiskt känner sig otrygga, flyttar de dit? Om inte, vad hindrar – att hyran är för hög, att de inte har initiativkraften nog, att de inte vågar tro att bostadsbyte är lösningen på upplevelsen av otrygghet? Det finns många obesvarade frågor.

Forte bör inom ramen för sitt uppdrag om tillämpad välfärd-forskning få möjlighet att stimulera forskning om trygghetsbostäder och motsvarande boendeformer för äldre, med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling. Dessa studier bör inbegripa vilken roll gemensamma lokaler kan ha för att skapa ett socialt sammanhang i boendet. De bör också belysa om trygghetsbostäder och andra motsvarande boendeformer för äldre faktiskt är en tillgång för alla äldre personer, eller om det t.ex. finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper eller mellan ensam- och sammanboende.

Hur ser efterfrågan ut?

I en kunskapsöversikt redovisar Marianne Abramsson att önskemålen om bostad förändras med ökande ålder. Det blir då viktigare med mindre bostadsyta, ökad tillgänglighet, minskat ansvar för underhåll och balkong i stället för trädgård. Medan män i högre utsträckning ser det som viktigt att bo nära skog och mark, ha tillgång till parkeringsplats och hobbyutrymme prioriterade kvinnor oftare att bo nära barn och barnbarn, ha nära till kollektivtrafik och att det finns hiss. Både svenska och norska studier visar att äldre personer gärna vill bo kvar i samma bostadsområde eller ett område som liknar där man bor nu. I en dansk studie framkom att de flesta äldre personer ville bo kvar i den bostad där de redan bodde. I en

³⁹ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

annan dansk studie framkom att det för äldre personer ofta var försämrad hälsa och ensamhet som ledde till flyttbeslut.⁴⁰

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (i fortsättningen benämnd Vårdanalys) har genomfört ett par studier om äldre persons bostadsönskemål. Den ena studien genomfördes som en webbpanel med ”morgondagens äldre” (de som är i åldern 50–60 år) med 1 101 inbjudna deltagare (393 deltog), vilket ger en svarsfrekvens om 35 procent. Drygt hälften uppgav att de vill flytta till någon form av ”mellanboende” även om de enbart skulle behöva hjälp med praktiska sysslor.⁴¹

I en annan studie har Vårdanalys undersökt om människor värderar olika former av boende olika och i så fall hur dessa skillnader i värde ser ut. Totalt 2 020 personer inbjöds att delta i studien och 729 personer (36 procent) skickade in en fullständigt besvarad enkät.

Slutsatsen av den kan sammanfattas som att morgondagens äldre tycks ha heterogena och olikartade preferenser hur de vill ha äldreomsorgen i framtiden. Vårdanalys konstaterade att resultatet kan tas som stöd för att inte bara tillhandahålla en form av äldreomsorg eller anta att en majoritet alltid önskar bo kvar i det egna hemmet.⁴²

Denna typ av studier har dels den bristen att svarsfrekvensen är låg, dels att man tillfrågar personer som oftast inte alls själva just då anser sig vara i behov av att flytta – och vilka val man gör när det faktiskt är dags kan vara helt andra. Det är därför tveksamt om det går att dra några slutsatser från den här typen av studier. Mer vägledning får de som arbetar med en kommuns bostadsförslagsplan eller ska fatta investeringsbeslut att bygga av studier om hur äldre personer faktiskt gör när behov av en mer tillgänglig bostad, eller särskilt boende, uppstår.

Det är ont om den typen av studier. En vägledning kan erhållas genom de erfarenheter fastighetsbolagen gör. Bedömningar jag har

⁴⁰ Abramsson, Marianne. *Äldres bostadsval och preferenser – en sammanställning av aktuell forskning*. Linköpings universitet, NISAL, 2015.

⁴¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport 2015:8

⁴² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg. En studie av betalningsvilja*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2015:2

tagit del av visar på att många äldre personer inledningsvis kan uppges intresse för trygghetsbostad, men att det i slutändan är ett fåtal som faktiskt ville flytta in. Trygghetsbostäder vänder sig till en målgrupp som behöver tid för att planera för sitt framtida boende, att det är många beslut som ska tas och att processen från första intresse till inflyttning är väldigt lång. Ofta tar denna process upp till tre–fyra år. Samtidigt uppges de vuxna barnen ha spelat en viktig roll i beslutet att flytta, framför allt då flera av de äldre personerna har flyttat till barnens bostadsort. Det finns också uppgifter om att kostnaderna för bostaden, särskilt vid nybyggnation, är så höga att inte alla äldre personer av ekonomiska skäl kan efterfråga en sådan.

Orsaker till att det inte byggs fler trygghetsbostäder kan, enligt vad jag erfarit, vara brist på mark att bygga på, kommunens ekonomi, bristfälligt intresse hos byggherrar och hyresvärdar, att det inte finns tillräckligt många äldre personer med så god ekonomi att de kan betala kostnader för boendet samt sambandet mellan tillgången till bostäder i ordinärt boende och särskilt boende.

För att kunna ta ställning till om samhället ska stödja satsningen på trygghetsbostäder och andra former av bostäder som riktar sig till äldre personer behövs en bred uppföljning. De mindre uppföljningar som är gjorda hittills tyder på att trygghetsbostäder har svårt att bli ett alternativ för målgruppen äldre personer som upplever sig otrygga och ensamma. Socialnämndens kunskaper och erfarenheter om bostads- och livssituationen för äldre människor bör enligt min mening på ett ännu bättre sätt tas till vara i kommunernas planering för bostadsförsörjningen.

Samhällsekonomiska bedömningar

Vårdanalys har gjort vissa kostnadsanalyser som talar för att det kan vara samhällsekonomiskt motiverat att öka tillgången till vad Vårdanalys benämner mellanboenden. Vårdanalys konstaterade att de visserligen innebär en högre kostnad för kommunerna, men eftersom behovet av hjälp från anhöriga och hälso- och sjukvården minskar blir de sammanlagda samhällskostnaderna för äldres vård

och omsorg lägre än om de får hemtjänst i sina tidigare hem.⁴³ Denna bedömning bygger på analyser med stöd av data från SNAC-K.⁴⁴

Resultaten stämmer med det underlag samme forskare lämnade till Äldreboendedelegationen (dir 2006:63). De båda studierna till Äldreboendedelegationen och Vårdanalys handlar om de särskilda boendeformer på Kungsholmen i Stockholm som är servicehus, således inte trygghetsbostäder eller andra bostäder för äldre personer inom det ordinära bostadsbeståndet. Genom de longitudinella data som finns i SNAC-studien har de äldre personer som beviljats plats på servicehus på Kungsholmen kunnat följas över tid, och jämföras med personer med motsvarande omvårdnadsbehov som beviljats plats i vad som i Stockholms stad benämns vård- och omsorgsboende.⁴⁵

Genom att fler kan bo i en omsorgsform som är billigare (genomsnittliga kostnaden i servicehus var klart lägre än i vård- och omsorgsboende) och servicehuset gav tillgång i huset till sjuksköterskor och undersköterskor dygnet runt gjordes bedömningen att det kan vara ett för vissa äldre personer mer kostnadseffektivt boende.⁴⁶

Några studier som visar om trygghetsbostäder kan ha samma roll har inte gjorts. Eftersom trygghetsbostäder normalt sett inte har vården och omsorgen organiserad på annat sätt än i andra former av ordinärt boende är det dock osannolikt att resultaten från servicehus på Kungsholmen kan tillämpas på dem.

⁴³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Stockholm: Vårdanalys rapport 2015:8.

⁴⁴ Swedish National Study on Ageing and Care, Kungsholmen, se vidare kapitel 7. Mårten Lagergren som gjort analyserna är forskningsledare för den studien.

⁴⁵ När studien till Äldreboendedelegationen genomfördes hade 1 050 personer hemtjänst i ordinärt boende, 200 i servicehus och 540 hade beviljats plats i vård- och omsorgsboende.

⁴⁶ SOU 2008:113. Äldreboendedelegationen. *Bo bra hela livet*.

13.7 Bostadstillägg för pensionärer

Mitt förslag: Regeringen föreslås att så snart som möjligt till-sätta en utredning som ser över bostadstillägget för pensionärer (BTP), det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstödet, med syftet att det ska vara möjligt även för pensionärer med låga inkomster att skaffa en nyproducerad eller renoverad bostad.

Min bedömning: Mitt förslag innebär att jag stödjer inriktningen i förslaget i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) om höjning av taket för bostadsutgiften vid bostadstillägg för pensionärer.

Utformningen av bostadstillägg för pensionärer

Möjligheten för äldre personer att ordna en bra bostad att åldras i påverkas främst av två faktorer: tillgången till lämpliga bostäder på den lokala bostadsmarknaden och hushållets ekonomiska förutsättningar. Det gäller oavsett om det handlar om att bo kvar i den nuvarande bostaden eller att flytta till en ny bostad.

Pensionärer med låg inkomst och begränsade tillgångar kan ansöka om statligt bostadstillägg för pensionärer (BTP). Sedan den 1 september 2015 kan bostadstillägg utgå med högst 95 procent av en bostadsutgift på upp till 5 000 kronor per månad för den som är ensamboende och 2 500 kronor för gifta.

Det nuvarande bostadstillägget för pensionärer infördes den 1 januari 1995.⁴⁷ I och med ålderspensionsreformen avskaffades det särskilda grundavdraget för pensionärer. För att kompensera för detta höjdes bruttopensionerna, vilket ledde till att systemet för bostadstillägg till pensionärer anpassades den 1 januari 2003 till de höjda bruttopensionerna.⁴⁸ Bestämmelserna om bostadstillägg för pensionärer finns i socialförsäkringsbalken (2010:110).⁴⁹

⁴⁷ www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/988485aa-3d3d-4097-bcac-86b64fd52839/bostadstillagg_forsakringsanalys.pdf?MOD=AJPERES (hämtad 2017-01-08).

⁴⁸ Proposition 2000/01:140 *Reformerade regler för bostadstillägg till pensionärer m.fl.*

⁴⁹ bl.a. 102 kap. Socialförsäkringsbalken (2010:110).

Det finns två kompletterande socialförsäkringsförmåner för äldre personer med låga inkomster och begränsade tillgångar som är relaterade till bostadsutgiften. Dessa är särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstöd. Bestämmelserna om SBTP och äldreförsörjningsstöd finns också i socialförsäkringsbalken.⁵⁰ Det särskilda bostadstillägget för pensionärer infördes 1995, och syftar till att minska äldre personers beroende av ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) enligt socialtjänstlagen. Den nuvarande lagstiftningen om SBTP trädde i kraft den 1 januari 2003, dvs. samtidigt som den nya lagstiftningen om BTP. Äldreförsörjningsstödet infördes den 1 januari 2003.⁵¹

Det är Pensionsmyndigheten som handlägger ärenden om BTP, SBTP och äldreförsörjningsstöd. Om en person ansöker om BTP prövar myndigheten rätten till SBTP och äldreförsörjningsstöd utan särskild ansökan.

Vid prövning av rätt till särskilt bostadstillägg för pensionärer och äldreförsörjningsstöd ska den äldre personen tillförsäkras medel för att täcka en skälig bostadskostnad och uppnå en skälig levnadsnivå i övrigt. När det gäller SBTP och äldreförsörjningsstöd är skälig bostadskostnad 6 200 kronor för ogift och 3 100 kronor för gift.⁵² Beloppen för att uppnå en skälig levnadsnivå är relaterade till prisbasbeloppet och är 1,473 gånger prisbasbeloppet per månad för ogift och 1,204 för gift. År 2017 innebär det 5 499 kronor per månad för ogift och 4 495 kronor per månad för gift.

Tak för bostadsutgiften

Utredningen om bostäder för äldre förordade att hyrestaket för bostadstillägg höjs från nuvarande 95 procent av 5 000 kronor jämte ett tillägg om 340 kronor i månaden till 7 300 kronor⁵³ – också det en hyresnivå som är lägre än vad hyran är för en ny tvårummare. Som jag redovisat i kapitel 7 var år 2014 snittet för hyran av en nyproducerad tvårummare i hela landet 7 873 kronor. Dyrast

⁵⁰ 102 kap. 26–30 §§ respektive 74 kap. Socialförsäkringsbalken(2010:110).

⁵¹ Proposition 2000/01:136 *Äldreförsörjningsstöd*.

⁵² 102 kap. 27 § och 74 kap. 11 § Socialförsäkringsbalken (2010:110).

⁵³ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

är det i Stockholm, där den genomsnittliga hyran år 2015 för en lägenhet om 66 kvm var 6 518 kr⁵⁴ och för en under 2014 nyproducerad tvårummare 8 610 kr⁵⁵.

Även hyrorna i särskilda boendeformer kan vara höga. Socialstyrelsen har i en kartläggning av kommunernas avgiftssystem för vård och omsorg 2014 redovisat att andelen lägenheter som har en hyra som överstiger 5 000 kronor varierar mellan kommunerna. I 25 procent av landets kommuner har hälften av lägenheterna en hyra som är över 5 000 kronor per månad. I 30 procent av kommunerna har samtliga lägenheter i särskilt boende en hyra på högst 5 000 kronor per månad.⁵⁶

En skrivelse från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) till regeringen i mars 2013 behandlar denna fråga.⁵⁷ SKL konstaterade i skrivelsen att de ökande byggkostnaderna ställt kommunerna inför valet att antingen subventionera hyror i särskilda boenden generellt eller att hänvisa till ekonomiskt bistånd. Problemen gäller särskilt nybyggda bostäder i storstadsregionerna. Skrivelsen avslutas med att SKL framhåller att den övre gränsen för hyreskostnaderna vid beräkning av bostadstillägg bör höjas.

Förslaget om höjt tak för bostadsutgiften avseende bostadstillägg för pensionärer (BTP) i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) berör inte skälig bostadskostnad gällande SBTP och äldreförsörjningsstöd. Då de här tre stöden har ett samband så behövs det i en utredning om höjning av taket för bostadsutgiften även göras en analys av om nivåerna för skälig bostadskostnad inom ramen för SBTP och äldreförsörjningsstöd också behöver förändras.

Jag stödjer inriktningen på förslaget från Utredningen för bostäder för äldre om höjningen av taket för bostadsutgiften för bostadstillägget för pensionärer så att det blir möjligt för pensionärer med låga inkomster att skaffa en nyproducerad eller renoverad bo-

⁵⁴ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Boende-byggande-och-bebyggelse/Bostads--och-hyresuppgifter/Hyror-i-bostadslagenheter/Aktuell-Pong/77345/89136/ (hämtad 2016-09-12).

⁵⁵ www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BO_BO0404_BO0404A/HyresrattBygghLgh/table/tableViewLayout1/?rxid=faa7e378-394c-4650-afe5-f5f3aee3349f (hämtad 2016-09-12).

⁵⁶ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁵⁷ Sveriges Kommuner och Landsting. *Hyresnivåer i särskilda boendeformer*. Skrivelse till regeringen. 2013-03-01.

stad inför åldrandet. Som jag redovisat i kapitel 7 är det en åtgärd som särskilt gynnar ensamboende äldre kvinnor.

Mot bakgrund av ovanstående bör regeringen så snart som möjligt tillsätta en utredning som ser över bostadstillägget för pensionärer (BTP), det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstödet.

13.8 Information och stöd till äldre personer om boende på äldre dagar

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp dels hur olika kommuner har valt att arbeta med att ge äldre personer information och visst stöd för att förändra sitt boende för att få en bostad som är mer funktionell, dels utfallet av olika arbetssätt för att ge denna information och stöd.

Mina bedömningar: Jag stödjer förslaget i betänkande *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) om att genom tillägg i bostadsförsörjningslagen precisera kommunernas ansvar för att erbjuda aktuell och lättillgänglig information ”om nuvarande och planerat utbud av bostäder i kommunens olika delar, särskilt i fråga om bostäder med god tillgänglighet för personer med nedsatt funktionsförmåga och boendeformer som riktar sig till särskilda grupper.”

Jag anser att det också är viktigt att socialtjänsten ger information och stödjer äldre personer rörande behov av förändringar i boendesituation och jag har övervägt att genom förslag om tillägg i socialtjänstlagen behandla ett sådant ansvar. Mot bakgrund av att socialtjänsten redan med gällande lagstiftning har viss möjlighet att ge information och stöd så anser jag att det är tillräckligt att understryka vikten av stöd till äldre personer i dessa situationer.

Jag stödjer vidare förslaget i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) om vikten av att staten ger ett fortsatt stöd till kommunernas tillgänglighetsinventeringar.

I betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) lyfts vikten av att tillhandahålla information om bostadsutbudet, var det finns tillgängliga bostäder, hur bostadstillägget fungerar, bostadsanpassningsbidrag och vilket annat stöd som kan finnas. Det finns en bristande kunskap hos många äldre personer och deras anhöriga om vilka alternativ som finns på bostadsmarknaden. I betänkandet pekas på några sätt som information ges i svenska kommuner. Ett exempel är att erbjuda alla som fyllt 80 år information genom en kommunal "äldrelots" (Trelleborg) eller volontärer från pensionsföreningarna (Luleå). En del kommuner har information på sin webb.⁵⁸

En förutsättning är att det finns en kunskap hos kommunerna om vilka bostäder som är tillgängliga och hur den äldre personen kan få tillgång till dem och om utbud av senior- och trygghetsbostäder etc. Detta förutsätter, som framhålls i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* att kommunerna genomför lokala tillgänglighetsinventeringar. Dock används dessa, i de kommuner som genomfört sådana, mer sällan som underlag för information till bostadsökande.⁵⁹

Beträffande socialtjänstens stöd till äldre människor som vill och behöver förändra sitt boende på grund av åldrandet, så kan det både vara allmän och individuell information samt visst stöd. Stödet kan avse att vara behjälplig med allmän information om anpassningar av bostaden och bostadsanpassningsbidrag, och det kan också vara att ge stöd i det stora steg som det innebär att byta bostad, vilket kan vara särskilt svårt för äldre personer. Informationen kan innehålla allmän information om bidrag och stöd samt vägledning om kontakt med andra myndigheter, men ska inte avse ekonomisk och juridisk rådgivning eller ersätta andra myndigheters ansvar. Den individuella informationen och visst stöd genom samtal kan genomföras som öppen verksamhet inom ramen för socialtjänstens mer generella möjlighet att ge viss rådgivning.⁶⁰ Har en äldre person behov av mer stöd i den aktuella situationen än vad

⁵⁸ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*. s. 175.

⁵⁹ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*. s. 294.

⁶⁰ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*, s. 205. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

som är möjligt inom ramen för öppen icke biståndsbedömd verksamhet, till exempel i kontakt med andra myndigheter, kan efter biståndsprövning exempelvis kontaktperson vara en möjlig insats.

Det allmänt inriktade informationsarbetet kan lämpligen bedrivas genom webbsidor och användning av digitalt stöd som t.ex. applikationer ("appar") eller andra framtida former för kommunikation.

Därutöver behöver det finnas andra kommunikationsvägar till äldre personer som inte har tillgång till eller av olika skäl inte kan eller vill använda sig av digital teknik. I det ligger också att informationen ska vara utformad så att andra språktillhörigheter beaktas till exempel nationella minoritetsspråk och teckenspråk. Pensionärs-, anhörig- och brukarorganisationerna kan ha en viktig funktion att fylla i detta arbete.

Vid Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE) i Lund är ett forskningsområdet Åldrande & Boende. Inom ramen för ett EU-projekt har det utvecklats en applikation för surfplattor, som äldre personer kan använda för att bedöma tillgängligheten i sin bostad eller när man söker en annan bostad. Applikationen har utvecklats tillsammans med äldre personer i fyra länder och användbarhetstester har gjorts i Lund, Sverige och Lettland. Applikationen bygger på ett fullskaligt instrument för tillgänglighetsbedömningar, Housing Enabler.⁶¹

⁶¹ www.med.lu.se/hv/forskargrupper/aktivt_och_haelsosamt_aaldrande/forskning/avslutade_projekt/innovage (hämtad 2017-01-14).

14 Flexibla former för handläggning och beslut om insatser till äldre personer

14.1 Direktiven

Av utredningens direktiv¹ framgår att många kommuner vill kunna erbjuda tjänster inom äldreomsorgen genom en handläggningsprocedur som upplevs som mindre krånglig eller kontrollerande. Skälen för kommunerna är bland annat önskan att minska det administrativa arbetet och att öka självbestämmandet och delaktigheten för äldre personer.

Flera kommuner tillämpar i dag någon form av så kallad förenklad handläggning eller biståndsbedömning. Den kartläggning Myndigheten för vårdanalys har gjort visar dock att det finns stora skillnader mellan kommunernas sätt att arbeta för att förenkla möjligheterna att få hjälp i hemmet samt i fråga om vilken flexibilitet och möjlighet till inflytande för den äldre personen som erbjuds vad gäller tjänsternas innehåll och utformning.

Vidare är det enligt direktiven många kommuner som uppfattar rättsläget som osäkert och som därför hittills har avstått från att tillämpa liknande arbetssätt. Utredaren ska om det bedöms lämpligt lämna förslag som innebär att kommunerna kan besluta om omsorg och annan service till äldre på ett enklare och mer flexibelt sätt än i dag. En förutsättning är att rättssäkerheten för den enskilde inte ska försämrats.

¹ Dir 2015:72 Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

14.2 Vilka behov finns av förenkling av biståndsprövningen?

Synpunkter på behov av lagändring och exempel på tillämpning av förenklad handläggning

Nedan följer en sammanfattning av frågeställningar som i olika sammanhang har lyfts fram av enskilda, kommuner, pensionärsorganisationer, fackliga organisationer och yrkesföreningar samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Sammanställningen innehåller dels synpunkter om behov av förändringar i lagstiftningen, dels exempel på tillämpning i dag.

Flera kommuner vill kunna tillhandahålla (vissa) insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, utan föregående behovsprövning eller efter en förenklad behovsprövning. Vissa kommuner vill att dessa regler ska utgå ifrån ålder, så att personer över en viss ålder har rätt till en viss insats med en viss frekvens, utan behovsprövning eller efter en förenklad behovsprövning.

Kommunernas biståndsbeslut är mycket olika utformade och därmed varierar också ”beställningen” till de verksamheter som ska verkställa och genomföra beslutet. Det kan vara mycket detaljerade beslut och beställningar på detaljnivå, men det kan även vara övergripande beslut avseende insatser och ett visst antal timmar, som den äldre personen och utföraren gör närmare planering för i en genomförandeplan.

En del äldre personer vill få tillgång till insatser inom äldreomsorgen på ett enkelt sätt utan föregående utredning eller med en begränsad behovsprövning. Äldre personer upplever ibland handläggning och beslut som ett ifrågasättande av hens förmåga att avgöra om hen har behov av hjälp. Det kan också vara svårt att snabbt få ett nytt/ändrat beslut om insatser vid ändrade behov.

En del kommuner vill minska tiden för handläggning och beslut i ärenden, som ändå i mycket stor utsträckning bifalls, till förmån för uppföljning av beslut och genomförande av beviljade insatser. Handläggarna kan i större utsträckning arbeta med information och stöd till enskilda om handläggningen förenklas.

Andra har lyft fram att den äldre personens inflytande och delaktighet ökar om behovsbedömningen görs av den som utför insatsen, eftersom det är den personen som är närmast den äldre

personen. Det har även framförts att träffsäkerheten när det gäller bedömningen av behov blir större om bedömningen görs så nära den äldre personen som möjligt.

Undersköterskor upplever sig ibland alltför styrda av detaljerade beslut, som dels inskränker den äldre personens möjlighet att påverka vilka insatser som genomförs, dels påverkar genomförandet så att medarbetarnas möjligheter att utföra insatsen på ett professionellt sätt försämras. Det uppstår ibland komplicerade situationer när behov förändras och det behöver göras en ny utredning och fattas ett nytt beslut.

Möjlighet, skyldighet eller rättighet?

Vidare har synpunkter lyfts om förenklad handläggning ska vara en *möjlighet* för kommunen, en *skyldighet* för kommunen eller en *rättighet* för den äldre personen att få sin ansökan prövad genom förenklad handläggning. Detta sammanfattas ibland i att kommunen får förenkla handläggningen, kommunen ska förenkla handläggningen eller den äldre personen har rätt till en förenklad handläggning.

Beroende på vilket ställningstagande man gör får det mycket stora konsekvenser för såväl kommunen, som den äldre personen.

Äldre personers upplevelse av biståndshandläggning

Det finns mycket begränsad kunskap om äldre personers erfarenhet och upplevelse av biståndshandläggning. De allra flesta studier om biståndshandläggning utgår ifrån andra än den äldre personen.

Det finns i nuläget två avhandlingar i Sverige som främst har fokus på den äldre personens erfarenhet och upplevelse av biståndshandläggning. Båda är små kvalitativa studier och den ena utgår från behovsbedömning i samband med utskrivning från sjukhus. Detta innebär att kunskapen om äldre personers erfarenheter och upplevelser av biståndshandläggning är mycket begränsad. Kunskaper saknas t.ex. om det finns skillnader beroende på kön, socioekonomisk tillhörighet, etnisk bakgrund och sexuell läggning.

Ann-Christin Janlöv undersökte i sin avhandling äldre personers upplevelse av att vara i behov av kommunal vård och omsorg, deras

upplevelse av delaktighet och möjlighet att ha inflytande i biståndsbedömning, tillvägagångssätt och beslut om kommunal vård och omsorg. Studien som bygger på en liten kvalitativ studie med intervjuer av 28 personer i åldern 75–96 år, visar att behovsbedömningen har en djupare innebörd för de äldre personerna, än att få hjälp. Den övergripande innebörden för de äldre var att uppleva en brist på sammanhang i livet – ”nedräkningen har börjat”. De äldre personerna var upptagna av tankar och känslor relaterade till sina upplevelser av att behöva be om hjälp i hemmet och inte så mycket om själva biståndsbedömningen.²

Flera av de äldre personerna hade svårt att förstå hur biståndsbedömningen gick till och upplevde att de inte hade något faktiskt inflytande över beslutet. De hade svårigheter med att förstå vilka rättigheter de hade att få hjälp och uppfattade att det var kommunens riktlinjer som bestämde vilken hjälp de kunde få. Studien visade också att de äldre personerna inte kände delaktighet i behovsbedömningen och att det försvårades av deras hälsotillstånd. Framför allt var det svårt för personer med kognitiv nedsättning och personer med nedsatt hälsotillstånd att vara delaktiga i biståndsbedömningen.³

IngBritt Rydeman intervjuade totalt 26 äldre personer individuellt eller i grupp i samband med utskrivning från sjukhus. Resultatet visar att utskrivningsprocessen har stor inverkan på de äldre personerna och deras liv. De känner sig utsatta och sårbara beroende på sjukdom, kroppslig skörhet, osäker livssituation samt att man befinner sig i en sjukhusmiljö, som man är mer eller mindre bekant med. De äldre personerna kan lätt hamna i ett ”mellanrum”, vilket utmärker de svårigheter sjukdom och utskrivningsprocessen medför. Hälsa och välbefinnande innebär att bli sedd som den individ man är, i sin existens och i sitt livssammanhang.⁴

² Janlöv, Ann-Christin. *Participation in needs assessment of older people to public home help. Older person's, their family member's and assessing home help officer's experiences*. Diss., Lunds universitet, 2006.

³ Ibid.

⁴ Rydeman, IngBritt. *Discharged from hospital and in need of home care nursing – experience of older persons, their relatives and care professionals*. Diss., Karolinska Institutet, 2013.

I en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum⁵ år 2014 sammanfattas olika mindre studier av äldres upplevelser av biståndshandläggning på följande sätt.

Många äldre som varit med om en biståndsbedömning anser att de har fått ett bra bemötande och värdefull information. En del upplevde också att de har fått stöd av sin biståndshandläggare.⁶

Kommunernas tillämpning av förenklad handläggning inom äldreomsorgen i dag

I nedanstående redovisning av rapporter och studier angående förenklad handläggning framgår hur kommunerna tillämpar förenklad handläggning i dag.

Myndigheten för vårdanalys kartläggning år 2012

Myndigheten för vårdanalys (i det följande benämnd Vårdanalys) genomförde år 2012 en kartläggning av kommunernas arbete med förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten som redovisades i en promemoria som publicerades 2013.⁷ Kartläggningen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer med företrädare för samtliga 290 kommuner.

I promemorian konstateras att flera kommuner under senare år har utvecklat modeller vid sidan av den traditionella biståndsbedömningen. Modellerna kallas exempelvis ”förenklad biståndsbedömning”, ”förenklad handläggning” eller ”förenklad ansökan”. I Vårdanalys promemoria används samlingsbegreppet ”förenklad hantering” för dessa modeller. Vissa kommuner arbetar också med modeller för att möjliggöra ökat inflytande och ökad flexibilitet för brukarna vid utformningen av innehållet i tjänsterna. Exempel på detta är så kallade ”flexibla timmar” eller ”rambeslut”. I prome-

⁵ Hjalmarsson, Ingrid. *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 2014:2.

⁶ Hjalmarsson, Ingrid. *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 2014:2 s. 29–30.

⁷ Myndigheten för vårdanalys. *Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*. PM, 2013. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2013.

morian används samlingsbegreppet ”flexibla timmar” för dessa nya modeller.

Sammantaget visar kartläggningen att det fanns stora skillnader i hur olika kommuner valt att arbeta med modeller för att förenkla möjligheterna att få hjälp i hemmet samt vilken flexibilitet och möjlighet till inflytande för den äldre personen som erbjuds vad gäller tjänsternas innehåll och utformning. Variationerna i arbetssätt var stora och benämningarna skiljde sig åt. Två olika lagar – socialtjänstlagen och den s.k. befogenhetslagen⁸ – tillämpades för delvis samma tjänster, och det var inte alltid tydligt vilken lag som tillämpades.

Enbart traditionell biståndsbedömning var fortfarande vanligast och cirka 150 kommuner tillämpade enbart denna beslutsprocess. Cirka 110 kommuner erbjöd den äldre personen möjligheten att ansöka om vissa tjänster genom någon form av förenklad hantering.

Vilka personer som hade rätt till förenklad hantering varierade mellan kommunerna beroende på exempelvis den sökandes ålder och förmåga hos, som det anges i rapporten, ”make/maka”. Härutöver fanns stora skillnader i vilka insatser som erbjöds – från trygghetslarm till listor med service- och omvårdnadsinsatser.

Det fanns också betydande skillnader gällande de äldre personernas möjligheter till inflytande över utformningen av hemtjänstinsatserna genom så kallade flexibla timmar.

Bland kommuner som infört en förenklad hantering uppgav det stora flertalet att kostnaderna inte påverkats eller att de inte visste hur kostnaderna hade påverkats. Det får dock understrykas att det var få kommuner som hade utvärderat kostnaderna.

Kommunerna framförde huvudsakligen följande tre huvudsyften för den förenklade hanteringen; administrativ förenkling för att frigöra tid för biståndshandläggarna, förenkling för den äldre personen och ökat inflytande för den äldre personen.

De vanligaste skälen till att kommuner avvaktade med att införa en förenklad modell var oro för ökade kostnader, att det inte var realistiskt i små kommuner, att det inte funnits resurser att utreda möjligheterna för nya arbetssätt och att rättsläget kändes osäkert.

⁸ 2 kap. 7–8 §§ lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, den s.k. befogenhetslagen.

Vårdanalys konstaterade att kommunernas beslut om att introducera, avveckla och avvakta införande av nya modeller i många fall tycktes vara bristfälligt analyserade och att endast ett fåtal kommuner hade utvärderat de modeller de hade infört. Det saknades också kunskap om effekterna av olika modeller ur ett individperspektiv.

Det sistnämnda innebär att det inte finns någon kunskap om vilka effekter olika modeller får för faktorer som t.ex. kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet, etnisk bakgrund och funktionsned-sättning sedan tidigare i livet.

Rapporten ”Socialtjänst utan biståndsbedömning – en rapport om öppna sociala tjänster” år 2015

I april 2015 publicerades rapporten *Socialtjänst utan biståndsbedömning – rapport om öppna sociala tjänster*.⁹ Rapporten är framtagen i ett samarbete mellan Linköpings kommun, Centrum för kommunstrategiska studier (CKS) vid Linköpings universitet och STQM Management.

I en av artiklarna i rapporten redovisas en nationell kartläggning av öppna sociala tjänster inom äldreomsorgen. Svar på äldreomsorgsenkäten lämnades från 156 av landets 290 kommuner.

Enkäten avser ”öppna sociala tjänster”, vilket i följbrevet definieras som servicetjänster i form av städning, tvätt och inköp samt tjänster utan föregående biståndsutredning eller biståndsbeslut. Tjänsterna kan tillhandahållas av kommunen eller av en annan utförare enligt kommunala regler/riktlinjer, t.ex. med vissa kriterier om målgrupp, ålder, etc. samt med begränsad volym, t.ex. antal timmar.

Resultatet av enkäten visar att 55 av de 156 kommunerna som svarat på enkäten har någon form av modell för förenklad biståndshandtering. I mellanstora kommuner – med 20 000–100 000 invånare – har mer än 50 procent av de svarande kommunerna någon form av förenklad biståndshandtering.

⁹ STQM Management, Linköpings kommun, FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete i Linköping och Centrum för kommunstrategiska studier vid Linköpings universitet *Socialtjänst utan biståndsbedömning – rapport om öppna sociala tjänster*. Stockholm: STQM Management, rapport 2015-04-29.

Det som är gemensamt för de kommuner som har förenklad biståndshantering är att förenklad hantering sker för en viss åldersgrupp, t.ex. 75 år och äldre.

Den enskilde får själv, på en blankett, beskriva sitt behov och vad hen önskar hjälp med. Ofta finns de insatser och omfattning av insatsen som kan erhållas genom förenklad hantering angiven på blanketten.

Ansökan leder till direkt beslut av en handläggare, normalt utan kompletterande utredningsinsatser, av vilka insatser som den äldre personen får rätt till.

Förenklad biståndsbedömning tillämpas ofta för hjälp med ett begränsat antal timmar med det som i rapporten benämns ”enklare sysslor”. Det handlar t.ex. om städning, inköp eller andra ärenden, tvätt och klädvård, trygghetslarm, matdistribution, snöskottning eller hjälp med att komma ut på promenad.

I enkäten frågas om vilka av tio uppräknade sociala insatser för äldre som kommunen erbjuder brukare inom äldreomsorgen utan biståndsprövning. Av de svarande kommunerna är det drygt 115 som erbjuder *Stöd till anhöriga*. Den näst mest frekventa insatsen är s.k. *Fixartjänst*. Den tredje vanligaste tjänsten är *Råd och stöd* och därefter *Dagverksamhet*. Av de svarande kommunerna är det 32 som erbjuder *Trygghetslarm* utan biståndsbedömning. Insatserna *Korttidsboende* samt *Städ, tvätt och inköp* ett visst antal timmar respektive *Matdistribution* erbjuds av 25–50 av de svarande kommunerna.

Av de svarande kommunerna är det sex (6) som anger att de erbjuder *Personlig omvårdnad* utan föregående biståndsprövning. Det är lika många kommuner – sex (6) – som svarar att de erbjuder *Teknikstöd i hemmet* utan föregående biståndsprövning.

Det är 35 kommuner – 20 procent av de svarande kommunerna – som anger att de erbjuder *Annan tjänst* utan biståndsprövning. Som exempel anges träffpunkter, mötesplats, ledsagning, avlösning, fotvård, snöröjning och väntjänst.

Flera av de svarande kommunerna anger att deras utbud av socialtjänst utan behovsbedömning har påverkats av osäkerhet kring lagligheten när det gäller sådana tjänster. Några kommuner anger att de har eller är på väg att ta bort tjänster (t.ex. trygghetslarm och avlösning) på grund av osäkerheten om rättsläget.

I en kommentar till kartläggningen anges att vissa av svaren kan avse insatser som tillhandahålls enligt såväl socialtjänstlagen som befogenhetslagen. Vidare konstateras att några av de nämnda insatserna inte kan anses som individuellt inriktade insatser utan är allmänt inriktade insatser.¹⁰

Enkät till kommunerna om förenklad handläggning hösten 2016

Under hösten 2016 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och min utredning (Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen [S 2015:03]) tillsammans genomfört en enkät om flexibla former för handläggning och beslut om insatser till äldre personer som har skickats till landets samtliga kommuner.¹¹

Enkäten besvarades av 226 av landets 290 kommuner (85 procent). I enkäten ställdes inledningsvis frågor om fyra olika modeller för flexibla former för handläggning och beslut inom äldreomsorgen. Kommunernas svar visar att det är relativt få kommuner som tillhandahåller individuellt inriktade insatser utan behovsbedömning och utan biståndsbeslut (29) och att det är något fler kommuner (40) som tillhandahåller insatser utan en individuell behovsbedömning, men med biståndsbeslut av biståndshandläggare. Det är ungefär samma antal kommuner (39) som svarat att de tillhandahåller insatser efter en individuell behovsbedömning och där biståndshandläggaren fattar ett s.k. rambeslut om insatserna.

Avlösning och dagverksamhet var de vanligaste insatserna som ges utan biståndsbeslut. De vanligaste insatserna som ges med biståndsbeslut, men utan en individuell behovsbedömning, var trygghetslarm, matdistribution och hemtjänst i form av serviceinsatser.

Den fjärde frågan gäller om den äldre personen kan vända sig direkt till en av kommunen godkänd utförare för att få insatserna utförda. Det innebär att det vare sig görs en individuell behovsbedömning eller fattas ett beslut av biståndshandläggaren utan den äldre personen kan vända sig direkt till en utförare och ”beställa”

¹⁰ Angående allmänt inriktade insatser och individuellt inriktade insatser, se 14.3.

¹¹ Resultatet från enkäten om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen redovisas i bilaga 9.

tjänsterna. Det är fem kommuner som svarat att man har en sådan modell.

I enkäten svarade vidare 64 kommuner att de hade tillhandahållit förenklad handläggning till äldre personer under de senaste fem åren men avbrutit förfarandet. De vanligaste orsakerna till att kommunerna har avbrutit förfarandet var ”oklar lagstiftning” och att det hade varit ”kostnadsdrivande”. De kommuner som har lämnat kommentarer i enkätsvaren, lyfter fram olika aspekter på ”rättssäkerhet och rättsosäkerhet”, problem relaterade till dokumentation och uppföljning samt att modellen ”sänker ribban för hemtjänstinsatser och kostnaden per brukare blir låg men volymen hög”.

På frågan om kommunen övervägt men avstått från att tillhandahålla individuellt inriktade insatser till äldre, enligt någon modell för förenklad handläggning har 15 av de 122 kommuner som besvarat frågan svarat ja. Av de 15 kommunerna angav 13 ”oklar lagstiftning” som orsak till att de hade valt att avstå. ”Kostnadsdrivande” och ”rättsosäkerhet” är två andra orsaker till att kommunen avstått från att införa någon modell för flexibel handläggning och beslut.

Kartläggning av kommunernas egen webbinformation om förenklad handläggning 2016

Under våren 2016 samlade utredningen in information om kommunernas riktlinjer för äldreomsorg från samtliga kommuners (290) webbplatser.¹² Resultatet visar att det är 31 procent (91) av kommunerna som tillhandahåller en eller flera insatser inom hemtjänsten med ålder som grund. Den insats som är vanligast att kommunerna tillhandahåller med ålder som grund är trygghetslarm. Andra insatser som erbjuds med ålder som grund är städning, tvätt, inköp och mat(distribution). I några få kommuner erbjuds ”socialt umgänge”, promenader och personlig omvårdnad.

Nämnda kartläggning av information om riktlinjer för äldreomsorg på kommunernas webbplatser kompletterades hösten 2016 med en stickprovsundersökning där ett trettiotal kommuner har

¹² Se bilaga 8 Kartläggning av information om förenklad handläggning på kommunernas egna webbsidor.

intervjuats på telefon om hur kommunen informerade äldre personer om kommunens riktlinjer för äldreomsorg.

Syftet med intervjuerna med kommunerna var att ta reda på hur äldre människor får information om möjligheten att få vissa insatser inom hemtjänsten med ålder som grund/efter en förenklad handläggning. För att äldre människor ska kunna ta del av insatser som kommunen tillhandahåller på ett förenklat sätt behöver hen ha information om möjligheten. I synnerhet då denna möjlighet förväntas bidra till att äldre personer på ett enkelt sätt ska få sina behov tillgodosedda. Det kräver att det finns information som är lätt tillgänglig. Generellt vet jag att den som inte är resursstark, t.ex. har kognitiva svårigheter, annan språktillhörighet, nedsatt hälsa eller saknar tillgång till stöd av anhöriga, har svårt/svårare att ta del av insatser som visserligen erbjuds, men som det krävs egen aktivitet för att få ta del av.

Frågorna vid intervjuerna handlar om hur kommunen informerar om vilka möjligheter det finns för äldre personer att få stöd och om de insatser som kommunerna tillhandahåller med ålder som grund.

Alla intervjuade kommuner har informationen på sin webbplats. Det är inte någon av de intervjuade kommunerna som gör utskick av information till äldre människor om att personer över en viss ålder kan få vissa insatser inom äldreomsorgen inom ramen för förenklad handläggning. Den enskilde eller anhöriga måste själv ta kontakt med kommunen för att få insatser och information om vilka insatser som ingår. Jag ser det som en brist när en kommun bara informerar via webben, eftersom många äldre personer inte har tillgång till dator, eller inte är tillräckligt vana vid att söka information via webben.

Sammanfattning

Resultatet av de fem undersökningarna visar på ett liknande resultat. Det är ungefär en tredjedel av kommunerna som har någon form av förenklad handläggning och det är vanligast i större kommuner. Skillnaderna är stora mellan länen. Det finns län där flertalet kommuner har någon form av förenklad handläggning och det finns län där ingen kommun har förenklad handläggning. Det är inga större förändringar mellan undersökningarna som har genomförts under perioden 2012–2016.

Av enkäten som SKL och min utredning genomförde hösten 2016 framkommer att domarna i målen som rör Linköpings kommun inte har bidragit till klarhet i om var gränsen går för vad som är lagligt. Det är flera kommuner som har avvecklat modeller av förenklad handläggning eller är tveksamma till att ha modellen/modellerna kvar, bl.a. för att de är osäkra om rättsläget och möjligheterna att tillämpa förenklad handläggning.

De kompletterande telefonintervjuerna visar att ingen av de intervjuade kommunerna aktivt informerar äldre människor om kommunens regler för förenklad handläggning. Det är den äldre personen eller en anhörig som behöver ta kontakt med kommunen för att få information.

Bristen på vetenskapliga uppföljningar och utvärderingar eller tillräcklig forskning om förenklad handläggning, gör det svårt att med säkerhet kunna uttala sig om vilka fördelar som konkret finns för den äldre personen, inte minst utifrån ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Det är därför viktigt att det nu sker uppföljning av hur den förenklade handläggningen fungerar, om det medför förbättringar för äldre personer och om det bidrar positivt till förbättrad kvalitet och ökad effektivitet inom äldreomsorgen på kort och lång sikt. Vidare bör uppföljningen belysa om det blir skillnader mellan de kommuner som tillämpar någon form av förenklad biståndshandläggning och de kommuner som inte gör det. Blir det t.ex. fler gynnande beslut vid en förenklad handläggning? Det bör kunna ligga inom ramen för den forskning jag föreslår nedan i avsnitt 14.6.

Biståndshandläggarnas syn på förenklad handläggning

I en undersökning¹³ som Novus gjorde på uppdrag av Akademikerförbundet SSR år 2015 har intervjuer genomförts med 265 biståndshandläggare. En av frågorna gäller vilka för- och nackdelar det kan finnas med förenklad biståndsbedömning. Några av de fördelar som nämns är följande:

- När ut till fler, mindre upplevelse av kontroll och att vara samhället till last för de äldre, positivt med delvis enklare arbetsuppgifter för handläggare
- Brukare kan känna att de har mer inflytande/bestämmande över sin situation.
- Minskad arbetsbelastning, samt större självständighet för de äldre
- Mindre för handläggaren att dokumentera.
- Mer utredningstid kan läggas på de ärenden där behovet finns. I nuläget utreds även de enklaste insatser på samma sätt som de ”tyngre” ärendena.
- Mer tid att lägga på komplicerade ärenden.
- Kan gå snabbare vid akuta situationer
- Förhoppningsvis snabbare beslut vid enkla insatser.
- Några av de nackdelar som nämns är följande:
- Mindre individuella bedömningar, mer ”beställningscentral”
- Risk att det blir generella insatser och inte baserat på individuella behov.
- Svårare att garantera rättssäkerheten.
- Tar bort möjligheter till att fånga upp andra behov.

¹³ Novus. *Biståndshandläggare inom äldreomsorgen*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR, 2016.

I en rapport som jag har refererat i kapitel 7 med kartläggning av Göteborgsregionens kommuners hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen första gången framkommer bland annat följande:¹⁴

En slutsats från studierna är att många äldre söker bistånd från kommunen alldeles för sent och att tiden före ansökan ofta föregåtts av en kortare eller längre period då vardagen varken fungerat för den äldre eller dess anhöriga. Om hjälpen hade satts in i ett tidigare skede hade kanske vissa akuta krissituationer inte behövt uppstå som exempelvis fallolyckor till följd av undernäring eller självmordsförsök på grund av depression.¹⁵

En studie baserad på longitudinella data från SNAC-K visar att på Kungsholmen i Stockholm har äldre personer som beviljas äldreomsorg första gången en hög ålder – i genomsnitt 84 år. De som för första gången får äldreomsorg är i stor utsträckning – 80 procent – ensamstående. Den tid äldre personer får insatser från äldreomsorgen är förhållandevis kort. Efter tre år har hälften av äldreomsorgens ”debutanter” avlidit och efter sex år lever en fjärdedel. Det vanligast är att insatserna börjar med hemtjänst i ordinärt boende eller boende i servicehus (70 procent respektive 9 procent). Olika funktionsnedsättningar är vanliga bland ”debutanterna”. I genomsnitt är den äldre personen beroende av hjälp i fyra IADL-aktiviteter och mer än hälften beroende av hjälp med minst en personlig ADL-aktivitet, vanligen bad eller dusch. En av sex är svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt, en tredjedel svårt eller mycket svårt rörelsehindrade, en av tio mycket oroliga eller otrygga och ungefär lika många svårt eller mycket svårt nedstämnda.¹⁶

¹⁴ Larsson, Therese. *Rätt stöd i rätt tid. En kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen för första gången*. Göteborg: FoU i Väst, 2016.

¹⁵ Larsson, Therese. *Rätt stöd i rätt tid. En kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen för första gången*. Göteborg: FoU i Väst, 2016 s. 33.

¹⁶ Lagergren, Mårten. *Äldreomsorgens debutanter*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2013:7.

Statistik rörande nyttjande av äldreomsorg

De två insatser inom äldreomsorgen som ges till flest äldre personer (65–w år) är hemtjänst i ordinärt boende och permanent boende i en särskild boendeform. Som jag redovisat i kapitel 7 hade knappt fem procent i åldern 65–79 år hemtjänst eller bodde i särskilt boende den 31 oktober 2015. I åldersgruppen 80 år och uppåt var andelen 37 procent. Kvinnorna är i majoritet. Av de som 31 oktober 2015 hade hemtjänst var det en tredjedel som hade högst nio timmar hemtjänst per månad medan det var tolv procent som hade omfattande insatser (80 timmar eller mer).

Andelen som har hemtjänst har minskat från drygt 22 procent 1980, till drygt 11 procent som hade hemtjänst någon gång under 2015. Andelen som har särskilt boende har likaså minskat kontinuerligt. Ett par år efter Ädel-reformen – år 1994 – bodde 23 procent av alla 65 år och äldre i särskilt boende och den 31 oktober 2015 var andelen 13 procent.

Sedan år 2007 har förändringarna varit mindre. Andelen i åldern 65 år och uppåt, som 1 oktober 2007 hade hemtjänst, var 9,6 procent och den 31 oktober 2015 var den 8,6. Motsvarande andelar för särskilt boende var oförändrade mellan dessa år, sex procent. Sett bara till åldersgruppen 80 år och uppåt har det dock skett en minskning i särskilt boende, från 16 procent 2007 till 13 procent 2015. Däremot hade andelen i den åldersgruppen som hade hemtjänst ökat, från 22,5 procent 2007 till 23,6 procent 2015.¹⁷

Den vanligaste insatsen för äldre personer i ordinärt boende är trygghetslarm. Den 31 oktober 2015 var 179 015 personer beviljade trygghetslarm. Det innebär att 9 procent av personer 65–w år hade trygghetslarm. Motsvarande siffra för åldersgrupperna 65–79 år och 80–w år var 3 procent respektive 26 procent. En stor andel av dessa personer får också hemtjänst i ordinärt boende.

Under år 2015 hade 390 700 personer någon gång under året insatser från den kommunala¹⁸ hälso- och sjukvården. Drygt hälften av de som hade hemtjänst hade också hemsjukvård.¹⁹

¹⁷ För referenser och ytterligare data se kapitel 7.

¹⁸ I Stockholms län har kommunerna inte övertagit hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende, varför enbart särskilt boende ingår för de kommunerna i denna statistik.

¹⁹ För referenser se kapitel 7.

14.3 Aktuell lagstiftning

Socialtjänstens tre huvudfunktioner

I propositionen *Om socialtjänsten*²⁰ med förslag till den ursprungliga socialtjänstlagen delas socialtjänstens insatser in i följande tre huvudfunktioner.

Strukturinriktade insatser, som syftar till en god samhällsmiljö. Några exempel som nämns är medverkan i samhällsplaneringen och uppsökande verksamhet.

Allmänt inriktade insatser, är generellt utformade sociala insatser inom socialtjänsten som t.ex. riktar sig till äldre personer och som inte förutsätter biståndsprövning. Öppna dagcentraler och träffpunkter för social samvaro och gemenskap är exempel på sådana verksamheter.²¹

Individuellt inriktade insatser, avser insatser som är direkt anpassade till den enskildes behov. Enligt propositionen räknas bland annat hit behovsprövad hjälp, upplysningar, samtal och rådgivning, andra förebyggande insatser och hjälpåtgärder som motiveras av den aktuella situationen.²²

Hemtjänst till äldre personer – handläggning

Biståndsprövning och den enskildes rätt till hemtjänst

Den enskildes rätt till hemtjänst och andra insatser prövas normalt enligt den i socialtjänstlagen centrala biståndsbestämmelsen 4 kap. 1 § SoL. Det finns vissa möjligheter att med stöd av 4 kap. 2 § SoL även göra prövning av insatser utöver den rätt som följer av 4 kap. 1 § SoL, se vidare rubriken ”Bistånd enligt 4 kap. 2 § SoL”. I 4 kap. 1 § SoL anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskildes tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

²⁰ Proposition 1979/80:1, del A. *Om socialtjänsten*, s. 152 ff.

²¹ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 55.

²² Proposition 1979/80:1, del A. *Om socialtjänsten*, s. 152 ff.

Med försörjning avses medel för att klara mat, hyra och andra levnadsomkostnader. Livsföring i övrigt sammanfattar en lång rad olika behov av stöd och hjälp, service, behandling, vård och omsorg och omfattar allt annat som har betydelse för om en person har en skälig levnadsnivå. Detta kan inom äldreomsorgen vara bland annat stöd och hjälp i hemmet och särskilda boendeformer.²³

I prövning av rätten till bistånd ingår prövning av dels den enskildes behov och förmåga att klara sig, dels om behoven kan tillgodoses på annat sätt samt vad som krävs för att den enskilde ska uppnå skälig levnadsnivå.

Utgångspunkten är att det ska göras en individuell bedömning utifrån de omständigheter som finns i det enskilda ärendet,²⁴ det vill säga bedömningen måste göras utifrån den personens faktiska behov, resurser och möjligheter. Detta följer av 4 kap. 1 § och 5 kap. 5 § SoL. Krav på individuell prövning har även behandlats i bl.a. prejudikatet RÅ 1991 ref. 61, där en kommun avsåg införa stöd till barnfamiljer utan individuell prövning. Kommunen ansågs genom detta ha överskridit sina befogenheter.

Uttrycket att ”den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt” i 4 kap. 1 § SoL avser att markera den enskilde individens förstahandsansvar. I detta ligger att den enskilde måste utnyttja alla de möjligheter som står hen till buds innan rätten till bistånd inträder.

Av förarbeten²⁵ till den tidigare socialtjänstlagen framgår att det förutsätts att andra resurser i en hushållsgemenskap används för att tillgodose eventuella behov av hjälp och stöd. Detta gäller främst i fråga om makar och sambor. Att dessa ger varandra viss praktisk hjälp, som till exempel sköta hem och hushåll, är normalt och ska beaktas vid en biståndsbedömning enligt 4 kap. 1 § SoL. Däremot kan inte mera omfattande vårdbehov anses ligga inom ramen för vad man normalt bistår varandra med inom en familj.

För att kunna bedöma om behovet kan tillgodoses genom resurser i hushållsgemenskapen måste en sammantagen bedömning göras av vilka faktiska resurser som finns att tillgå i hushållet och hur familjens situation ser ut.

²³ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 88.

²⁴ Proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.* s. 92.

²⁵ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 168.

Från rättspraxis kan nämnas följande exempel på bedömning när behov kan tillgodose på annat sätt; i en dom från Kammarrätten i Göteborg, 2010-06-29, mål nr 1336-2010, uttrycker kammarrätten att det inte är orimligt att hushållsarbetet fördelas mellan makarna på sådant sätt att make tilldelas de sysslor maken inte klarar av, såsom städning. Vidare har Förvaltningsrätten i Stockholm, 2016-04-25, mål nr 18783-15, i en dom gjort bedömningen att en kvinna, som levde i hushållsgemenskap med sin man, inte hade rätt till hemtjänst för hjälp att göra i ordning frukost eller värma mat. Visserligen fanns det uppgifter i målet om att mannen hade sviktande hälsa sedan han hade drabbats av en stroke och att han därför inte kunde hjälpa sin maka, men det var inte styrkt med t.ex. läkarintyg att han på grund av sitt nuvarande hälsotillstånd skulle vara förhindrad att göra detta.

Vad som utgör skälig levnadsnivå avseende försörjningsstöd är relativt klarlagt i lagstiftningen och i rättspraxis. Det finns däremot ett större tolkningsutrymme beträffande vad som utgör skälig levnadsnivå för insatser avseende livsföringen i övrigt, såsom äldreomsorg. Trots att det finns viss ledning i rättspraxis får rättsläget ändå betraktas som oklart i många situationer. Detta beror bland annat på att biståndet bestäms utifrån de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet. Den kommunala självstyrelsen och socialtjänstlagens karaktär av ramlag ger också kommunerna visst utrymme att bestämma olika utformning från kommun till kommun med hänsyn till lokala förhållanden.

Skälig levnadsnivå innebär inte bara en nivåbestämning utan ger också uttryck för vilken form av insats, vård och behandling, andra stödformer eller ekonomiskt bistånd, som kan komma ifråga.²⁶

Hemtjänstinsatser

Enligt 5 kap. 4 § SoL ingår det i socialnämndens ansvar att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska därvid enligt 5 kap. 5 § SoL ge äldre, som behöver det, stöd och hjälp i hemmet och annan

²⁶ Proposition 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 90.

lätt åtkomlig service. I denna bestämmelse understryks att insatsen är behovsrelaterad och att den ska vara lättåtkomlig. Syftet med hemtjänstinsatser är att underlätta och möjliggöra människors dagliga livsföring i det egna hemmet, och i många fall också möjliggöra kvarboendet i det egna hemmet. Det kan handla om att människor som på grund av sjukdom, psykiska och/eller sociala funktionsnedsättningar eller annan orsak behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.²⁷ Av 3 kap. 6 § SoL framgår bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Hemtjänsten bör också medverka till att den enskilde behåller sin intellektuella, emotionella och fysiska förmåga. Därigenom kan den som får hjälp leva ett aktivt liv.²⁸

I förarbetena till den tidigare socialtjänstlagen betonas vikten av att de som arbetar inom hemtjänsten inte direkt ska överta sysslor och åligganden från den person som de hjälper. Personalen ska utgå från vad den enskilde kan och inte från vad hen inte kan.²⁹ Detta synsätt vad gäller biståndets karaktär kommer också till uttryck i den så kallade portalparagrafen i socialtjänstlagen, 1 kap. 1 § SoL. Av bestämmelsen följer att socialtjänstens insatser ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. En annan viktig del av hemtjänsten är det sociala inslaget – att den äldre ska få en medmänniska och få stimulans genom umgänge med andra.³⁰

Begreppet hemtjänst är inte närmare preciserat i lagtexten men i förarbetena framgår det vilka typer av insatser som ska ingå i hemtjänsten.³¹ Hemtjänstens uppgifter delas upp i två olika kategorier, en med inriktning mot uppgifter av servicekaraktär och en mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter avses bland annat praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning, tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post och bank och hjälp med tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Av rättspraxis fram-

²⁷ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 88.

²⁸ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 84.

²⁹ Proposition 1979/80:1 del A. *Om socialtjänsten*, s. 287.

³⁰ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 84.

³¹ Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 121. Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 84 ff., Betänkande 1996/97:SoU18. *Ändringar i socialtjänstlagen*, s. 40 och jfr. även proposition 1992/93:129. *Om avgifter inom äldre och handikappomsorgen*, s. 17 f.

går att exempelvis hjälp med fönsterputsning och gardinupp-sättning är att betrakta som hemtjänst i socialtjänstlagens mening.³² Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser för att bryta isolering och för att kunna känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet.³³ Till omvårdnadsinsatserna räknas sociala insatser såsom ledsagning, samtal med den enskilde, aktivering samt hjälp med kontakt med närstående och serviceinrättningar.³⁴

Begreppet hemtjänst omfattar såväl insatser i ordinärt boende som i särskilt boende.³⁵

Biståndsprövning och utredningsansvar

I ett ärende om prövning av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL ingår ansökan, utredning och beslut.³⁶

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Nämnden ska alltid starta en utredning om det är personen själv som ansöker om stöd och hjälp. Kommer det till socialtjänstens kännedom att någon kan behöva hjälp genom till exempel ansökan från anhöriga eller hälso- och sjukvården så ansvarar socialtjänsten för att genom exempelvis kontakt med den äldre personen kontrollera eventuellt stödbehov. Om den äldre personen inte vill ha hjälp kan inte en utredning startas. Däremot kan socialtjänsten ha ett kvarstående ansvar för att i uppsökande arbete försöka motivera den äldre personen att ansöka om insatser som hen kan behöva.³⁷

³² RÅ 2008 ref. 38.

³³ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 84.

³⁴ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 84.

³⁵ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 98.

³⁶ Socialstyrelsen. *Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

³⁷ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015, s. 371.

Utredning

Med utredning avses all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för socialnämnden att fatta ett beslut i det aktuella ärendet.³⁸ Av 7 § förvaltningslagen (1986:223), FL, följer att varje ärende där någon enskild är part ska handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten blir eftersatt.

Myndigheterna har också ett ansvar för att tillse att ett ärende blir så utrett som dess beskaffenhet kräver, enligt den så kallade officialprincipen.³⁹ Samtidigt ska inte en utredning göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ett ärende eller en viss typ av ärende. Av 11 kap. 5 § SoL följer att dokumentationen endast ska utvisa faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Hur omfattande en utredning behöver vara varierar från fall till fall. I vissa fall kan det vara tillräckligt att göra en mer begränsad utredning för att kunna fastställa om personen ska beviljas det sökta biståndet. I andra fall kan det vara fråga om svårare och mer komplexa bedömningar, som kräver mer omfattande utredningsåtgärder. Detta innebär att nämnden måste samla in uppgifter anpassat efter vad personen har ansökt om och ärendets komplexitet.

Uppgifter inhämtas i första hand från personen själv. I vissa fall kan det även vara nödvändigt att inhämta uppgifter från utomstående, som till exempel anhöriga, andra myndigheter eller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är nämnden som avgör vad som är nödvändigt i det individuella ärendet, men den äldre personen kan alltid neka till att medverka i fortsatt utredning eller bestämma att utredningskontakter inte får tas med andra. Detta följer av att socialtjänstens äldreomsorg bygger på frivillighet och den äldres självbestämmande, därtill kommer att det som huvudregel krävs personens samtycke till kontakter med andra på grund av den starka sekretess som gäller i verksamheten enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.⁴⁰

³⁸ Socialstyrelsen. *Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.*

³⁹ SOU 2010:29. Förvaltningslagsutredningen. *En ny förvaltningslag* s. 414.

⁴⁰ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.* Stockholm: Socialstyrelsen, 2015, s. 371.

Om personen under utredningens gång uppger att hen vill ta tillbaka sin ansökan, inte längre är intresserad av någon insats eller inte vill medverka i utredningen kan ärendet avslutas, efter återkallande av ansökan.⁴¹

I tidigare förarbeten understryks beträffande behov av lagreglering om förenklad biståndsprövning att det redan med gällande rätt är socialnämnden som avgör hur omfattande utredning som krävs.⁴² I ett meddelandeblad⁴³ anger Socialstyrelsen beträffande utredningsskyldigheten att det i vissa ärenden torde räcka med en mycket begränsad utredning för att konstatera att den enskilde bör beviljas den begärda insatsen. Om personen endast ansöker om begränsade hemtjänstinsatser av servicekaraktär, så finns det i regel inte något behov av att göra omfattande utredningar eller kartläggningar och beskrivningar av personens sjukdomshistoria, sociala nätverk, brister i bostad och närmiljö. Socialstyrelsen menar att det i och för sig inte räcker att bara konstatera viss ålder, utan att ”det centrala är att vid denna typ av insats fokusera på de behov och resurser som den äldre personen har, med utgångspunkt i vad hen har ansökt om.” Socialstyrelsen har även tagit upp frågan om utredningens omfattning i ett meddelandeblad om trygghetslarm⁴⁴ och anger bland annat följande:

Utöver att trygghetslarmet ska ge den enskilde en känsla av trygghet, kan insatsen i vissa fall vara avgörande för dennes liv och hälsa. För att inte riskera den enskildes hälsa behöver därför insatsen utformas och genomföras utifrån de behov som larmet avser att tillgodose. I detta syfte förutsätts att integritetskänsliga uppgifter om den enskildes hälsotillstånd dokumenteras och behandlas. Uppgifterna är nödvändiga för såväl larmmottagaren som den personal som ska bistå den enskilde i samband med ett inkommet larm. Mot bakgrund av att detta kan det därför ifrågasättas om det är förenligt med regeringens intentioner att tillhandahålla trygghetslarm med stöd av befogenhetslagen, då inget särskilt dokumentationskrav bedömdes som nödvändigt i samband med att aktuell lag infördes.

⁴¹ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015, s. 371.

⁴² Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för äldreomsorgen*, s. 87.

⁴³ Socialstyrelsen. *Handläggning av ärenden om hemtjänstinsatser av servicekaraktär*. Meddelandeblad 2013:4.

⁴⁴ Socialstyrelsen. *Trygghetslarm och befogenhetslagen*. Meddelandeblad 2014:1.

I förslaget till ny förvaltningslag ingår kodifiering av myndigheternas utredningsansvar (officialprincipen). I betänkandet⁴⁵ motiveras behovet av att i förvaltningslagen erinra om myndigheternas utredningsansvar enligt bland annat följande:

Att förvaltningsmyndigheternas ärenden blir tillfredsställande utredda är i grunden en fråga om att förverkliga lagstiftarens intentioner i fråga om den materiella regleringen. Ett ingrepp mot enskild person eller egendom förutsätter inte bara en analys av de i den aktuella föreskriften mera abstrakt angivna kriterierna och ett konstaterande av att det ligger i det allmännas intresse att ingreppet sker. Det måste också under handläggningen ha klarlagts, att omständigheterna i det konkreta fallet är sådana att dessa kriterier är uppfyllda. En person kan på motsvarande sätt inte beviljas en förmån enbart av den anledningen, att han ansökt om denna och på ett ytligt plan kan sägas befinna sig i en sådan situation som bestämmelserna tar sikte på. Endast om de faktiska förhållandena i det enskilda ärendet konstaterats vara sådana, att de uppfyller kriterierna i de tillämpliga föreskrifterna, kan ett gynnande beslut meddelas.

Beslut

Handläggning av ett ärende ska avslutas genom att socialnämnden fattar ett slutligt beslut i ärendet.

Det ska i beslutet framgå vad det är som har beslutats.⁴⁶ Det är inte möjligt för socialnämnden att bevilja personen en insats som hen inte ansökt om.⁴⁷ Avslagsbeslut ska också enligt förvaltningslagen som huvudregel innehålla beslutsmotivering.

Det har stor betydelse för den äldre personen att ett beslut är så tydligt utformat att hen ska kunna förstå vilken rätt till stöd och hjälp hen har. Är beslutet alltför otydligt så kan det leda till att det inte går att följa upp om de beslutade insatserna har genomförts. Oklarheter om vad som har beslutats kan också leda till att domstolarna får problem vid prövning av överklagande av beslutet.

Detta innebär inte att biståndsbeslutet behöver vara alltför preciserat. Enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL så ska den äldre personen så långt som det är möjligt kunna välja när och hur stöd

⁴⁵ SOU 2010:29. Förvaltningslagsutredningen. *En ny förvaltningslag*, s. 416.

⁴⁶ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015, s. 431.

⁴⁷ Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015, s. 352.

ges. Bestämmelsen tas närmare upp i avsnittet 14.3 med rubriken Den äldre personens rätt till inflytande och delaktighet.

Justitieombudsmannen (JO) har i ett par beslut tagit upp hur preciserat ett beslut behöver vara.⁴⁸ Den mer generella slutsats som kan dras från JO-besluten är att ett beslut ska vara tydligt. Av beslutet bör det alltid framgå vad biståndsinsatsen innebär i praktiken, det vill säga det ska finnas en närmare beskrivning av vad insatsen innebär för den enskilde personen. När det gäller vissa typer av biståndsinsatser, som till exempel hemtjänst, ska omfattning av insats framgå i beslutet, men besluten kan utformas så att viss flexibilitet lämnas till verkställigheten av beslutet.

Rena verkställighetsåtgärder behöver inte anges i besluten. Det är emellertid inte alltid enkelt att dra en tydlig gräns mellan vad som utgör en verkställighetsåtgärd och en insats (som ska anges i beslutet) inom ramen för hemtjänsten.

Det som avser rena verkställighetsåtgärder kan inte prövas genom förvaltningsbesvär, men kan däremot granskas av tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i samband med klagomål på kvaliteten.

Den sammanlagda tidsåtgången för hemtjänstinsatser kan bli föremål för domstolsprövning om beslutet inte på annat sätt är så preciserat att det är möjligt att ta ställning till vad som har beviljats. Frågan om den sammanlagda tidsåtgången kan också vara av stor betydelse för insatsens kvalitet, uppföljningsmöjligheterna och hur den äldre personen upplever genomförandet.

Sammantaget kan sägas att ett beslut ska ange vad den äldre personen ska få för hjälp och stöd. Frågor om hur stödet ska utformas och när det ska ges är sådant som ska konkretiseras inom ramen för beslutsunderlag och verkställighet. Jag återkommer till detta nedan under avsnittet möjlighet till inflytande.

Myndighetsutövning och behovsbedömning

Beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen, utgör myndighetsutövning. Enligt 12 kap. 4 § regeringsformen (1974:152), RF, kan förvaltningsuppgift överlämnas åt juridiska personer och enskilda

⁴⁸ JO beslut 2000-04-06, dnr 699-1999 och JO 2004/05 s. 291.

personer. Innefattar uppgifter myndighetsutövning, får överlämnandet endast göras med stöd av lag.

Enligt 2 kap. 5 § SoL får kommunen sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen överlämnas åt ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

JO har i ett beslut tagit ställning till om en utredning enligt bestämmelsen i 11 kap. 1 § SoL kan genomföras av privaträttsliga subjekt. I beslutet anger JO att beredning av och beslutet i ärendet i princip måste anses utgöra oskiljaktiga delar av en och samma förvaltningsuppgift. Det är därmed, enligt JO, inte möjligt att överlämna till ett privaträttsligt subjekt att vidta utredningsåtgärder som inryms i bestämmelsen i 11 kap. 1 § SoL.⁴⁹

Det förekommer kommuner som uppger att fördelningen av servicetjänster till enskilda grundas på ett "civilrättsligt avtal" mellan två jämbördiga parter och att det därmed inte förekommer någon myndighetsutövning vid fördelningen. Enligt min mening kan emellertid inte kommunens lagstiftade skyldighet och ansvar, att efter behovsprövning ge enskilda stöd och hjälp, anses vara en del i ett civilrättsligt avtal utan inslag av myndighetsutövning. Det kan i detta sammanhang även understrykas att kommunen enligt 3 kap. 3 § SoL ansvarar för att de beviljade insatserna utförs med god kvalitet. Kommunens ansvar härvidlag understryker att det inte är fråga om något avtalsförhållande när kommunen uppfyller sin skyldighet enligt socialtjänstlagen, att tillhandahålla vissa insatser till de som behöver insatserna.

Individuppföljning

Av kvalitetsbestämmelsen i 3 kap. 3 § SoL följer, som nämnts, kommunens ansvar att genom uppföljning säkerställa att beslutade insatser utförs med god kvalitet. Vidare har i förarbetena till socialtjänstlagen angetts följande om nämndens ansvar för individuppföljningar:

⁴⁹ JO 2001/02 s. 250 f.

Regeringen vill i detta sammanhang understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vem – den beslutande nämnden själv, en annan nämnd eller en enskild verksamhet – som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet.⁵⁰

Kommunala riktlinjer

I många kommuner förekommer riktlinjer som stöd för handläggningen. De kommunala riktlinjerna får inte inskränka den äldre personens rätt till bistånd som hen har behov av och rätt till enligt socialtjänstlagen. Den äldre personen har alltid rätt att ansöka om insatser enligt 4 kap. 1 § SoL och att få sin ansökan prövad utifrån de individuella förutsättningarna oavsett kommunens riktlinjer.⁵¹

Bistånd enligt 4 kap. 2 § SoL

Enligt 4 kap. 2 § SoL får socialnämnden ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL, om det finns skäl för det. Bestämmelsen har tillkommit sedan Lagrådet⁵² i samband med behandling av den nuvarande socialtjänstlagen väckt fråga om rätt att återkräva ekonomisk hjälp som har lämnats i annat fall än som avses i 4 kap. 1 § SoL. Angående motsvarande bestämmelse i tidigare lagstiftning⁵³ har i förarbeten⁵⁴ uttalats följande:

Regeringen anser att kommunernas befogenhet att utge ekonomiskt stöd utöver vad som omfattas av rätten till bistånd enligt 6 § SoL fyller en viktig funktion i socialtjänstens mer långsiktiga förebyggande arbete. Den nya 6 h § ger enskilda möjlighet att få ekonomiskt stöd t.ex. i rehabiliterande syfte eller för tillfälliga eller akuta hjälpbehov även om rätt till försörjningsstöd inte föreligger. Omfattningen av sådant ekonomiskt stöd är enligt regeringens uppfattning helt en fråga för kommunens bedömning. Att den enskilde, när den sociala och ekonomiska situationen så medger, återbetalar stödet är en naturlig konsekvens.⁵⁵

⁵⁰ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.

⁵¹ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 87.

⁵² Proposition 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 165.

⁵³ Socialtjänstlagen (1980:620).

⁵⁴ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 95.

⁵⁵ Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 95.

Bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL används inte bara för försörjningsstöd utan även avseende annat bistånd, men tillämpligheten förutsätter att prövning först sker enligt 4 kap. 1 § SoL.⁵⁶

Hemtjänst till äldre personer – genomförande av beslut

Den äldre personens rätt till inflytande och delaktighet

Socialtjänstlagen innehåller flera bestämmelser som handlar om den äldre personens självbestämmande. Av 3 kap. 5 § SoL framgår att socialnämndens insatser för den äldre personen ska utformas och genomföras tillsammans med hen. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att socialtjänsten inte får vidta insatser ”över huvudet” på den enskilda personen.⁵⁷

I 5 kap. 4 § SoL finns bestämmelsen om nationell värdegrund för äldreomsorgen, som innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att den enskildes rätt till delaktighet ska respekteras. Rätten till delaktighet innebär till exempel att socialtjänsten ska uppmärksamma vikten av samråd och samförstånd kring insatsernas utförande.⁵⁸

I 5 kap. 5 § tredje stycket SoL tydliggörs äldre personers rätt till inflytande över insatsernas utformning och genomförande. Av bestämmelsen följer att den äldre personen, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur beslutade insatser i äldreomsorgen såsom stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges inom ramen för de beslutade insatserna enligt 4 kap. 1 § SoL. Paragrafen stadgar att den enskildes önskemål ska beaktas. Den äldre personens rätt till bistånd regleras i 4 kap. 1 § SoL.⁵⁹

⁵⁶ JO beslut 2009-10-08, dnr 3309-228.

⁵⁷ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 28.

⁵⁸ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 28.

⁵⁹ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 97.

Möjlighet till inflytande över hur beslutade insatser genomförs

Min bedömning: Jag föreslår inte någon ändring i lagstiftningen gällande äldre personers inflytande över genomförande av beslutade insatser. Nuvarande bestämmelser anger tydligt att äldre personer, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan service ska ges. Gällande bestämmelser utgör en bra avvägning av, dels intresset att tillgodose den enskildes möjligheter att påverka utförandet, dels krav på tillräcklig precisering för att beslutet ska kunna överklagas och vara uppföljningsbart.

Bestämmelsen i 5 kap. 5 § SoL syftar till att ge äldre personer inflytande över genomförandet av de beslutade insatserna oavsett om personen bor i ordinärt eller särskilt boende. Genom bestämmelsen stöds en utveckling mot att biståndsbeslut som rör hemtjänst utformas utifrån en samlad tidsram för de insatser som beslutats, grundade på redovisade behov samt en bedömning av skäligenivå.

I propositionen *Värdigt liv i äldreomsorgen*⁶⁰ uttrycks att det utifrån biståndsbeslutet om insatserna bör finnas utrymme för att genomföra insatserna i samtal mellan den äldre personen och personalen som ska utföra den. Ett sådant arbetssätt ger äldre personer större inflytande över såväl insatsernas innehåll som över hur och när de utförs samtidigt som det är viktigt att personalens arbetsmiljö beaktas.

Socialtjänstlagen är en ramlag som skapar utrymme för individuell anpassning. Men enligt vad som anges i propositionen utnyttjades inte detta utrymme i tillräcklig omfattning i praktiken. För en rättssäker handläggning är det enligt samma proposition viktigt att den enskildes behov och önskemål om hjälp dokumenteras, men detaljerade biståndsbeslut om när och hur beviljade insatser ska utföras kan vara ett hinder för den äldre personens självbestämmanderätt.

I propositionen framhålls att tillämpning av olika lösningar för att skapa flexibilitet för människor genom individuell anpassning av

⁶⁰ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 36.

hemtjänsten – exempelvis när det gäller tilldelning av trygghetslarm, matdistribution m.m., genom mer eller mindre daglig anpassning – stämmer med den tidigare socialtjänstlagens intentioner som framgår av förarbetena.⁶¹

I propositionen⁶² uttrycks även att rambeslut om tid grundat på den enskildes behov kan innebära ökad frihet för äldre personer att avgöra när de beviljade insatserna ska utföras. Enligt propositionen kan det t.ex. vara att i stället för en planerad städning få hjälp till frisören eller att få en tidning eller bok uppläst. Det viktiga vad gäller byte av insatser är att personalen och den äldre personen är överens om det och att det sker inom ramen för biståndsbeslutet. Det konstateras emellertid också i propositionen, att eftersom det också finns inbyggda risker i en sådan beslutskonstruktion, så är det ur rättssäkerhetssynpunkt önskvärt att det tydligt framgår av dokumentationen att den enskilde och den som beslutar om insatsen är överens om att insatserna ska ges på ett flexibelt sätt.

Mot bakgrund av mitt uppdrag enligt direktiven i denna del så får jag konstatera att gällande lagstiftning ger särskilt stöd för den enskildes inflytande över beslutade insatser enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL i enlighet med vad jag här har redovisat. Förslag om ytterligare flexibilitet riskerar, enligt min mening försämra rättssäkerheten och kan också vara kostnadsdrivande, på liknande sätt som assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kan vara.

Beslut om insatser måste utformas så tydligt att de är både överklagningsbara och kan följas upp, framför allt utifrån den äldre personens perspektiv. Jag vill i detta sammanhang också peka på den beroendesituation som äldre personer i behov av hjälp i hemmet trots allt ofta befinner sig i. I denna situation kan det vara svårt att hantera ansvar att styra över insats och hemtjänstpersonalens utförande. För att kommunen ska kunna uppfylla sitt ansvar för beslutade insatser så krävs det att den enskildes inflytande över insatserna kompletteras med en väl fungerande uppföljning.

⁶¹ Proposition 1979/80:1, del A. *Om socialtjänsten* s. 275 och s. 287.

⁶² Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 28.

Kommunerna (som huvudmän för socialtjänsten) och staten kan få svårt att följa upp behov, beviljade och utförda insatser inom äldreomsorgen samt om insatserna har uppnått målen och/eller avsedd effekt. Det innebär också att det är svårt att bedöma ekonomiska konsekvenser och effekter och i vilken mån det finns icke relevanta skillnader beroende på kön, ålder, socioekonomisk bakgrund, etnisk bakgrund, sexuell läggning och funktionsned-sättning tidigare i livet.

Genomförandeplaner

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att initiera och stödja ett långsiktigt utvecklingsarbete avseende genomförandeplaner hos såväl kommuner i egenskap av huvudmän för äldreomsorgen, som hos kommunala och privata utförare.

I uppdraget bör ingå att följa upp arbetet med att utveckla genomförandeplanerna och användningen av dem. Utvecklingsarbetet bör läggas upp så att det går att följa upp genomförandeplaners betydelse för äldre personers inflytande och delaktighet, möjlighet till lyhördhet för den äldres önskemål i utförandet, den enskildes rättssäkerhet, jämställd och jämlik omsorg, kommunens ekonomi samt kvalitet och effektivitet.

När det gäller den äldre personens möjlighet att ha inflytande över hur insatserna utförs och dokumentation av detta samt av genomförandet av de beslutade insatserna, så har arbetet med genomförandeplaner en stor betydelse. En genomförandeplan har sin utgångspunkt i socialnämndens beslut och om det finns en upprättad samordnad individuell plan, som enligt 2 kap. 7 § SoL (eller 3 f § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763] och 6 kap. 4 § patientlagen (2014:821]) aktualiseras när någon har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

I ett allmänt råd från Socialstyrelsen anges att hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan, som upprättas hos utföraren med hänsyn till den äldre personens självbestämmanderätt och integritet. Planen bör upprättas med utgångspunkt i den beslutande nämndens uppdrag till utföraren.

Av planen bör det bl.a. framgå vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut, om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter, vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet, när och hur aktiviteter ska genomföras, om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål samt när och hur planen ska följas upp. Vidare framgår att genomförandeplanen bör ligga till grund för löpande journalföring och användas som underlag för uppföljning.⁶³

Mot bakgrund av den avgörande betydelse genomförandeplanen har, dels för att säkerställa den äldre personens inflytande över genomförande av beviljade insatser enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL, dels för rättssäkerheten, är arbetet med dessa planer av största vikt. Det är mot denna bakgrund som jag föreslår att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att stödja och följa upp arbetet med att utveckla genomförandeplaner.

Lagen om vissa kommunala befogenheter – den s.k. befogenhetslagen

Lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, den så kallade befogenhetslagen, innehåller kompetensutvidgande regler som ger kommunerna ökade möjligheter att tillhandahålla servicetjänster utan någon individuell behovsprövning till samtliga kommunmedlemmar som fyllt 67 år (2 kap. 7 §). Lagen innebär endast en befogenhet för kommunerna att tillhandahålla servicetjänster, men medger ingen rättighet för äldre personer att få sådana tjänster. Det är kommunen som beslutar om den vill tillhandahålla servicetjänster med stöd av lagen och i så fall vilka servicetjänster som ska erbjudas, i vilken utsträckning och till vilken åldersgrupp (67 år eller äldre) som ska omfattas samt vilken avgift som ska tas ut.⁶⁴

Samma nämnd eller de nämnder som enligt 2 kap. 4 § SoL handhar verksamhet enligt socialtjänstlagen ska handha verksamhet enligt befogenhetslagen (1 kap. 4 §). Befogenhetslagen inskränker

⁶³ Allmänt råd i 6 kap. i Socialstyrelsens *Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

⁶⁴ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 149 och 177.

dock inte de skyldigheter en kommun har enligt socialtjänstlagen (1 kap. 4 §). Det betyder bland annat att en ansökan om bistånd inte kan avslås med hänvisning till att den enskilde personens behov kan tillgodoses genom de tjänster som ges med stöd av befogenhetslagen.⁶⁵

Med servicetjänster avses enligt bestämmelsen i 2 kap. 7 § befogenhetslagen, tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad. I förarbetena anges att servicetjänster kan avse en rad olika tjänster, men att det inte går att exakt ange vad som utgör sådana tjänster. Det ska dock vara fråga om tjänster eller uppgifter som en yngre frisk person utan funktionsnedsättning kan utföra själv, exempelvis byta glödlampor eller göra tunga lyft.⁶⁶ Andra exempel på fallförebyggande servicetjänster som nämns är montering av halkskydd och städning.⁶⁷

I förarbetena till befogenhetslagen uttalar regeringen följande angående de aktuella insatserna:

Servicetjänster har ofta stor betydelse för de enskildas fysiska och psykiska välbefinnande. Uppgifter som för en frisk, yngre person utan funktionshinder ter sig som vardagliga och enkla, t.ex. att byta en glödlampa, kan för en äldre, skör person leda till fallolyckor som förorsakar lidande för den enskilde och medför ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Att kunna t.ex. få sällskap på en promenad betyder mycket för både det psykiska och fysiska välbefinnandet för den som känner sig ensam, isolerad eller otrygg och därför inte vill gå ut utan sällskap. I många fall förebygger sådana tjänster att en enskilds fysiska eller psykiska förmåga försämras och möjliggör för den äldre att t.ex. kunna bo kvar i hemmet under en längre tid än vad som annars varit möjligt.⁶⁸

Kommunerna har dock inte utnyttjat denna möjlighet att ge servicetjänster i någon större utsträckning. Resultatet av den enkät som genomfördes hösten 2016 visar att det är 70 av de 218 kommuner som svarat på frågan som använder sig av befogenhetslagen

⁶⁵ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 148.

⁶⁶ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 148.

⁶⁷ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 149.

⁶⁸ Proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 149.

och 148 kommuner som svarat nej. Den tjänst som flest kommuner tillhandahåller med stöd av befogenhetslagen är ”Fixartjänst”.⁶⁹

På frågan om varför kommunen inte använder sig av befogenhetslagen är det vanligaste svaret att kommunen (57) vill tillhandahålla alla insatser till äldre personer enligt socialtjänstlagen. De tre svar som anges därefter är risk för stor efterfrågan på tjänster och ökade kostnader (41), att kommunen inte vill fördela individuellt inriktade insatser med ålder som grund (26) och avsaknad av regler om dokumentation, kvalitet, tillsyn m.m. för servicetjänster enligt befogenhetslagen vilket försvårar uppföljningen (24). Kommunerna kunde ange flera alternativ som svar på frågan.

Kommunallagen – den kommunala kompetensen

Enligt den allmänna kompetensregeln i 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900), KL, får kommuner och landsting själva ta hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse och som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska handhas av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Av bestämmelsen följer att kommunen inte får lämna understöd åt enskilda kommunmedlemmar, utan stöd i speciallag, eftersom understöd till enskilda inte betraktas som en angelägenhet av allmänt intresse.

Enligt 2 kap. 2 §§ KL ska kommuner och landsting behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Likställighetsprincipen innebär att det inte, utan stöd i speciallag, är tillåtet för kommuner och landsting att särbehandla sina kommunmedlemmar eller grupper av kommunmedlemmar på annat än objektiv grund.

Ett par exempel på sådana speciallagar som avses i 2 kap. 1 och 2 §§ KL är socialtjänstlagen och befogenhetslagen. De båda lagarna innehåller kompetensutvidgande regler som ålägger respektive ger möjlighet till kommunen att tillhandahålla individuellt anpassade insatser till enskilda.

⁶⁹ Resultatet från enkäten om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen redovisas i bilaga 9.

Lagstiftning om diskriminering

Enligt 2 kap. 19 § RF får inte lag eller annan föreskrift meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen (Europakonventionen) angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Vidare följer det av bestämmelserna i 11 kap. 14 § och 12 kap. 10 § RF att domstolar och andra offentliga organ som finner att en föreskrift står i strid med en bestämmelse i grundlag eller annan överordnad författning, inte får tillämpa den föreskriften (lagprövning).

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna anges i artikel 21 att diskriminering på grund av bland annat ålder är förbjuden. Angående begränsning i förhållande till förbudet anges i artikel 52 följande:

Varje begränsning i utövandet av de rättigheter och friheter som erkänns i denna stadga ska vara föreskriven i lag och förenlig med det väsentliga innehållet i dessa rättigheter och friheter. Begränsningar får, med beaktande av proportionalitetsprincipen, endast göras om de är nödvändiga och faktiskt svarar mot mål av allmänt samhällsintresse som erkänns av unionen eller behovet av skydd för andra människors rättigheter och friheter.⁷⁰

Europakonventionen innehåller inte någon definition av vad som avses med diskriminering, men enligt praxis från den Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen) är olika behandling diskriminerande i konventionens mening om den saknar objektiv och saklig grund. Olikhet i behandlingen som inte tjänar något godtagbart syfte eller om de medel som används för ett i och för sig godtagbart syfte inte står i rimlig proportion till syftet innebär att det föreligger kränkning.⁷¹

Ålder ingår i de sju diskrimineringsgrunder som omfattas av huvudregeln i diskrimineringslagens (2008:567) diskrimineringsförbud.

I diskrimineringslagen behandlas direkt och indirekt diskriminering. Med direkt diskriminering avses enligt 1 kap. 4 § punkten 1 att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jäm-

⁷⁰ Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. *Europeiska gemenskapernas officiella tidning*. (2000/C 364/01), s. 21.

⁷¹ Proposition 2011/12:159 *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 13.

förbar situation, om missgynnandet har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Enligt 1 kap. 4 § punkt 2 diskrimineringslagen utgör indirekt diskriminering att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som verkar neutralt men som kan komma att missgynna personer som omfattas av lagens skydd, såvida inte bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.

Vid bedömningen av om något innebär indirekt diskriminering är missgynnande, jämförelse och intresseavvägning avgörande kriterier. För att avgöra om ett krav kan komma att särskilt missgynna personer ur en viss grupp måste en jämförelse göras mellan den grupp som en person tillhör och någon annan grupp. Jämförelsen måste visa en betydande skillnad i de båda gruppernas möjligheter för att uppfylla kravet för att det typiskt sett ska vara fråga om indirekt diskriminering.

Vidare är den s.k. intresseavvägningen avgörande för fråga om ett förfarande ska anses vara tillåtet eller om det utgör indirekt diskriminering. För att en bestämmelse, som har negativa effekter och kan medföra betydande skillnader för en viss grupp, ändå ska vara tillåten måste två krav vara uppfyllda. För det första måste syftet vara objektivt sett godtagbart. Frågan är om tillämpning av ett till synes neutralt kriterium som missgynnar en viss grupp motiveras av eftersträvan att uppnå ett berättigat syfte. Detta syfte ska vara värt att skydda i sig och vara tillräckligt viktigt för att motivera att det ges företräde framför principen om ickediskriminering. Vidare måste åtgärden vara lämplig och nödvändig. Finns det andra icke-diskriminerande handlingsalternativ eller medel för att uppnå ett i sig godtagbart syfte, utgör missgynnandet i princip indirekt diskriminering i strid med lagen.

Av 13 § diskrimineringslagen följer att diskrimineringsförbudet omfattar bland annat hälso- och sjukvården och verksamhet inom socialtjänsten.

I 13 b § görs dock undantag för förbud mot diskriminering i socialtjänstverksamhet och hälso- och sjukvård som har samband med ålder, om det sker vid tillämpning av bestämmelser i lag som

föreskriver viss ålder, eller utgör annan särbehandling på grund av ålder om särbehandlingen har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. I propositionen *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering* anges följande om undantaget beträffande tillämpning av lag i socialtjänsten:

På socialtjänstområdet är det – liksom på hälso- och sjukvårdens område – den enskildes behov som ska styra insatserna. I likhet med utredaren anser regeringen att hänsynstagandet till ålder i vissa fall måste anses befogat, bl.a. mot bakgrund av att behovet av skydd, stöd och omsorg i regel skiljer sig åt beroende på vilken ålder man befinner sig i. Det finns således situationer där särbehandling på grund av ålder måste anses berättigad.⁷²

Vidare uttalas om annan särbehandling bland annat följande:

I likhet med utredningen, anser regeringen sammanfattningsvis att det bör finnas ett visst utrymme för skillnader mellan kommunerna med avseende på exempelvis vilka som ska komma i fråga för en insats. En prövning av om en enskild utsatts för otillåten särbehandling i ett visst fall ska ta sin utgångspunkt i om syftet med den uppställda åldersgränsen är berättigat eller inte och om åldersgränsen är lämplig och nödvändig för att nå syftet. Tillämpningen av det undantag som nu föreslås ska ske restriktivt och åldersrelaterade kriterier bör få användas endast för att tillgodose godtagbara syften och då det framstår som proportionerligt i förhållande till syftet.⁷³

I författningskommentaren till 13 b § diskrimineringslagen anges bl.a. befogenhetslagen som exempel på lag som utgör undantag från förbud för åldersdiskriminering avseende bl.a. socialtjänsten. Vidare anges som exempel på berättigade syften inom socialtjänstens område, att det kan vara att insatser anpassas och utformas för en målgrupp i viss ålder för att på bästa sätt tillgodose den enskildes behov av stöd och hjälp.⁷⁴

⁷² Proposition 2011/12:159. *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 53.

⁷³ Proposition 2011/12:159. *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 55.

⁷⁴ Proposition 2011/12:159. *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 73.

14.4 Begreppet förenklad handläggning

Socialtjänstlagen innehåller inte någon bestämmelse om förenklad handläggning. Däremot framgår det av förarbetena till socialtjänstlagen att en individuell prövning av rätten till insatser måste göras i varje enskilt fall vid prövning enligt 4 kap. 1 § SoL.⁷⁵

Det finns inte heller på annat sätt någon vedertagen enhetlig definition för vad som avses med begreppet ”förenklad handläggning” när det gäller handläggning och biståndsprövning inom socialtjänsten. Kommunernas tillämpning ser också olika ut. En del kommuner har infört en förenklad biståndsprövning, som innebär någon form av mer summarisk utredning vid prövning av rätten till vissa insatser, såsom trygghetslarm och mindre omfattande hemtjänstinsatser, för personer över viss ålder. Det finns även kommuner där förenklingen avser beslutets utformning.

Linköpings kommun har infört förenklingar avseende både tillhandahållande av hemtjänst gällande omvårdnadsuppgifter för personer 75 år och äldre och boendestöd för personer med psykiska funktionsnedsättningar. För insatsen hemtjänst till äldre gällande omvårdnadsuppgifter hade kommunen också överlämnat myndighetsutövning i form av behovsutredningen till utförarna av hemtjänst, oavsett om dessa var kommunala eller privata utförare. Dessa båda förenklade handläggningsmodeller har prövats av domstol i två mål, med anledning av två viten om vardera en miljon kronor som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ställt till Linköpings kommun.⁷⁶ De båda besluten om vite har prövats i såväl förvaltningsrätten som kammarrätten, men domstolarna har inte ändrat IVO:s beslut. Kammarrättens avgöranden har överklagats till Högsta Förvaltningsdomstolen (HFD), som inte har meddelat prövningstillstånd.⁷⁷

I kammarrättens dom avseende boendestöd till personer med psykisk funktionsnedsättning, mål nr 939-15, konstateras att en individuellt inriktad insats kräver socialnämndens utredning, bedömning och beslut enligt 4 kap. 1 § SoL.

Domstolen uttalade vidare i båda domarna att det fanns brister avseende fullgörande av kommunens uppföljningsskyldighet.

⁷⁵ Proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 92.

⁷⁶ Kammarrätten i Jönköping, 2015-12-14, mål nr 939-15 och 940-15.

⁷⁷ Högsta Förvaltningsdomstolen, 2016-05-03, mål nr 7308/15 och 7309-15.

Vidare konstaterade domstolen i målet som gäller boendestöd att avsaknad av formella beslut fråntar enskilda möjligheten till överklagande i de fall man är missnöjd med insatsens utformning, och att det även påverkar enskildas möjligheter att kunna få insatser verkställda. Domstolen anger också att insatser som beslutats med stöd av 4 kap. 1 § SoL omfattas av lagens bestämmelser om dokumentation och uppföljning i 11 kap. 1 § andra stycket och 5 § första stycket samma lag, vilket också åsidosattes i den förenklade handläggningen i målet.

Vitesbeslutet avseende hemtjänst inom äldreomsorgen gällande omvårdnadsuppgifter hade också föranletts av att Linköpings kommuns modell innebär att äldre personer som vill ansöka om personlig omvårdnad har kunnat vända sig direkt till en av de hemtjänstutförare som finns i kommunen. Tillsammans med utföraren gjordes en genomgång av den enskildes behov av hjälp med aktiviteter i det dagliga livet (med utgångspunkt i en ADL-trappa). Om den äldre personen och utföraren var överens om de insatser som skulle ges så skickas det framtagna underlaget till socialnämnden för ett formellt biståndsbeslut. Innan ett formellt beslut fattades hade biståndshandläggaren i regel ett avstämningssamtal med den äldre personen för att säkerställa att den äldre personens verkliga behov hade kommit till uttryck i underlaget. Beträffande detta konstaterade kammarrätten att den bedömning som genomförts av de enskilda utförarna i kommunen är att betrakta som myndighetsutövning och att överlämnande av detta till privata utförare saknar stöd i lag. Den omständigheten att biståndshandläggaren hade ett avstämningssamtal med den äldre personen ändrade inte domstolens bedömning.⁷⁸

Det finns inte heller någon enhetlig definition av vad som avses med flexibel handläggning. Vissa torde dock med detta begrepp avse att biståndsbeslutets utformning medger en utökad flexibilitet vid genomförande av insatser. Jag har i avsnittet 14.3 redovisat varför det enligt min mening inte är lämpligt med en utökad flexibilitet i förhållande till gällande bestämmelser, som redan syftar till att stärka den äldre personens inflytande.

⁷⁸ Kammarrätten i Jönköping, 2015-12-14, mål nr 940-15.

14.5 Förenklad handläggning i tidigare statliga utredningar

Frågan om behov av lagändring för att möjliggöra förenklad handläggning har behandlats i tidigare utredningar, som har stannat vid att det inte finns behov av någon lagändring, i enlighet med vad som anges i propositionen *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre personer* enligt följande:

Med tanke på socialnämndens rätt att själv avgöra vilket underlag som krävs för att beslut skall kunna fattas anser regeringen att det inte finns behov av att tillskapa en ordning för en förenklad biståndsprövning. Det vore inte heller lämpligt, och skulle dessutom strida mot den behörighet som vanligen tillkommer en beslutsfattare, att frånta socialnämnden rätten att avgöra vilken utredning som behövs i varje enskilt fall. Till detta kommer att det inte heller är möjligt att peka ut något enskilt område där det aldrig kan anses uppkomma behov av en mer omfattande utredning och som därför skulle lämpa sig för en förenklad biståndsprövning. Regeringen anser därför att socialnämnden även fortsättningsvis bör ha rätt att själv avgöra vilket underlag som behövs för att den skall kunna fatta beslut enligt socialtjänstlagen.⁷⁹

Däremot har det beträffande beslutets flexibilitet i socialtjänstlagen gjorts en ändring i avsikt att tydliggöra den enskilda personens inflytande över insatser vid genomförande av beslutade insatser genom tillägg i 5 kap 5 § SoL. I denna bestämmelse anges att den äldre personen så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges, i enlighet med vad jag har redogjort i avsnittet 14.3 om möjlighet till inflytande.⁸⁰

⁷⁹ Proposition 2005/06:155. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* s. 82

⁸⁰ Proposition 2009/10:166. *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt*, s. 35 ff.

14.6 Ny bestämmelse om förenklad biståndsprövning

Mina förslag: Jag föreslår att det i socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse, 4 kap. 1 d §, som ger socialnämnden möjlighet att, med stöd av en i kommunen beslutad presumtion om behov, förenkla biståndsprövningen för personer som har fyllt 80 år avseende hemtjänst i form av serviceuppgifter och sociala insatser i mindre omfattning samt mindre integritetskänsliga trygghetslarm, såsom aktiva larm.

Den föreslagna bestämmelsen innebär att socialnämnden vid prövning av rätt till visst bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen kan göra sin prövning utifrån en åldersrelaterad presumtion, så att de aktuella insatserna kan beviljas efter en förenklad utredning, om inte något talar emot rätten till insatser. Genom bestämmelsen ges stöd för viss generalisering av behovsbedömningen, som kan förbättra kommunens förutsättningar för information till äldre personer om den förenklade biståndsprövningen och göra de aktuella insatserna mer lättillgängliga för äldre personer som behöver dem. Samtidigt ger bestämmelsen förutsättningar att minska förvaltningens utredningsarbete.

Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till stöd för kommunerna vid tillämpning av den nya bestämmelsen om presumtionen och den förenklade biståndsprövning. I uppdraget bör även ingå stöd för hur kommunerna kan arbeta med information till äldre personer om den förenklade prövningen.

Regeringen föreslås vidare ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en uppföljning av hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas vid förenklad biståndsprövning. Uppföljningen bör även omfatta hur förutsättningar för jämställd och jämlik omsorg, kommunernas ekonomi samt kvalitet och effektivitet påverkas.

Regeringen föreslås även ta initiativ till ett forskningsprogram om myndighetsutövning och behovsprövning inom äldreomsorgen, som kan anses ligga inom befintliga uppdrag till Forte.

Den bestämmelse som jag föreslår innebär viss begränsning i kravet på individuell prövning, genom att bestämmelsen utgör möjlighet att vid prövning enligt 4 kap. 1 § SoL använda en behovspresumtion. Behovspresumtionen görs med utgångspunkt från ett i kommunen beslutat generellt förmodande om att äldre personer över viss ålder har behov av vissa hemtjänstinsatser, som de ansöker om och att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt, om inte något talar emot det.

Den nya bestämmelsen utgör sålunda möjlighet för ett generaliserat förmodat behov, som innebär att utredningen kan förenklas och att det blir möjligt för kommunen att informera mer systematiskt om den förenklade biståndsprövningen.

Bestämmelsen innebär dock inte någon absolut rätt till viss insats vid viss ålder, utan innebär endast viss begränsning av det krav på individuell prövning, som finns vid prövning av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Den presumtion som möjliggörs genom bestämmelsen innebär att den individuella prövningen kan minskas. Det krävs dock alltid viss individuell prövning. Förvaltningen avgör hur omfattande utredningen ska vara och framkommer det i utredningen uppgifter som talar emot det presumerade behovet får utredningen övergå i en vanlig biståndsprövning, utifrån vad som krävs med anledning av de individuella förutsättningarna i ärendet.

Detta kan exempelvis vara fallet om det i ansökan framgår att det finns hushållsgemenskap med en annan person. En sådan uppgift kan utgöra sådant som talar emot det presumerade behovet, så att beslut inte kan fattas enbart efter en förenklad utredning. Det är uppgifter i den förenklade utredningen och presumtionen som ligger till grund för prövning, om inget annat talar emot det. Förvaltningen ansvarar för att utredningen blir tillräcklig och avgör utredningens omfattning med utgångspunkt från presumtionen.

Den föreslagna bestämmelsens inverkan på prövning enligt 4 kap. 1 § SoL är begränsad till den minskning av kravet på individuell prövning som presumtionen innebär. Presumtionsregler finns som jag återkommer till i olika lagstiftningar. Dessa regler kan påverka utredningsbehovet, men det är förvaltningen som ansvarar för att utredningen blir tillräcklig och som avgör i vilken utsträckning utredningen kan förenklas. Den nu föreslagna bestämmelsen innebär inte heller ändring av förvaltningens möjligheter att avgöra vad som krävs i utredningshänseende.

Nuvarande bestämmelser om handläggning och dokumentation i socialtjänstlagen gäller med de inskränkningar som blir konsekvensen av presumtionen. Övriga bestämmelser som är tillämpliga avseende 4 kap. 1 § SoL, såsom bestämmelser om tillsyn, avgifter och överklagande, berörs inte.

Den mest avgörande skillnaden som följer med den föreslagna bestämmelsen är att den ger socialnämnden lagstöd för en generell behovspresumtion, vilket kan sägas innebära en förhållandevis liten begränsning, eftersom utredningen alltid kan fördjupas om det finns omständighet som talar emot att behovet föreligger. Det är mot denna bakgrund som det är mer adekvat att benämna förfarandet förenklad biståndsprövning och inte förenklad handläggning.

Den äldre personen har alltid rätt att ansöka enligt 4 kap. 1 § SoL, utan tillämpning av förenklad biståndsprövning enligt 4 kap. 1 d § SoL och kan även ansöka om kompletterande insatser genom vanlig biståndsprövning. Den nya bestämmelsen utgör endast möjlighet att genom förenklad biståndsprövning komplettera den vanliga biståndsprövningen. Införs förenklad biståndsprövning med stöd av bestämmelsen, så måste detta ske med iakttagande av likställighetsprincipen, så att det blir lika förutsättningar i hela kommunen

Bestämmelser med presumtion finns exempelvis i 11 § produktsäkerhetslagen (2004:451) och 20 a § konsumentköplagen (1990:932). Dessa presumtionsbestämmelser kan dock inte sägas likna den här föreslagna bestämmelsen. En bestämmelse med något större likhet fanns däremot i den numera upphävda lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, LAF. Enligt 2 kap. 2 § LAF i dess lydelse före den 1 januari 1993 skulle, om försäkrad varit utsatt för olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, skada som han ådragit sig anses vara orsakad av den skadliga inverkan, om ej betydligt starkare skäl talade mot det.

I lagförslaget begränsas tillämpligheten av presumtionen med stöd av bestämmelsen till hemtjänst enligt 3 kap 6 § SoL i form av serviceuppgifter och sociala insatser i mindre omfattning samt vissa trygghetslarm. Inom ramen för dessa insatser finns det en ytterligare begränsning, så att det endast är mindre omfattande insatser och vissa trygghetslarm som omfattas av bestämmelsen. Med detta

avses insatser som uppgår till ett par timmar i veckan samt mindre integritetskänsliga trygghetslarm såsom aktiva trygghetslarm.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram vägledning till stöd för kommunerna för tillämpning av den nya bestämmelsen. I uppdraget bör ingå stöd till hur kommunerna kan arbeta med information till äldre personer om den förenklade biståndsprövningen.

Den tidigare nämnda stickprovsundersökningen som min utredning genomfört visar att kommunerna inte aktivt informerar äldre personer om kommunens regler för förenklad handläggning, utan det är den äldre personen eller anhöriga som behöver ta kontakt med kommunen för att få tillgång till informationen. Det finns därför anledning att särskilt understryka vikten av att kommunerna informerar om den förenklade biståndsprövningen.

Det saknas i flera avseenden kunskap om hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas av olika former av handläggning och biståndsprövning inom äldreomsorgen. För att förbättra kunskapen om detta inför framtiden föreslås Socialstyrelsen få i uppdrag att genomföra en uppföljning av hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas vid förenklad biståndsprövning. Uppföljningen bör genomföras under en tre–fem års period och även omfatta hur förutsättningarna för en jämställd och jämlik omsorg, kommunernas ekonomi samt kvalitet och effektivitet påverkas.

Jag ser det som önskvärt med mer forskning om myndighetsutövning och behovsprövning inom äldreomsorgen. Forskningen bör ha fokus på äldre personers upplevelse och rättssäkerhet med ett tydligt jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv. Något som kan anses ligga inom ramen för Fortes uppdrag om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer.

Särskilt om diskriminering

Jag har noga vägt behovet av den åldersrelaterade presumtionen, den förhållandevis ringa konsekvens som bestämmelsen har och samhällsintresset av att äldre får de insatser som de har behov av på ett enkelt sätt, mot den återhållsamhet som bör gälla med åldersrelaterade bestämmelser. Jag vill därvid understryka att bestäm-

melsen kan bidra till att fler äldre personer ansöker om de insatser som de har behov av. Skälet till att bestämmelsen avser personer över 80 år, är den markanta skillnaden i andelen äldre personer som har insatser inom äldreomsorgen i åldersgrupperna 65–79 år i förhållande till åldersgrupperna 80 år och äldre. Det finns således stora skillnader mellan dessa båda åldersgruppernas behov. Den föreslagna bestämmelsen bygger på en presumtion av behov, och det finns inte stöd för motsvarande presumtion för åldersgrupper under 80 år. Vidare har äldre personer i åldersgruppen 65–79 år samma rätt till insats, men omfattas inte av samma möjlighet till förenklad biståndsprövning.

Med detta sagt menar jag för det första att den föreslagna bestämmelsen inte utgör något betydande missgynnande. Personer under 80 år har också rätt att få motsvarande insatser, den skillnad som presumtionen kan medföra är endast att handläggningen kan förenklas. Bestämmelsen är också begränsad till vissa insatser av mindre omfattning.

Vidare finns det ett starkt samhällsintresse för att äldre personer som behöver insatser i hemmet också får dessa så att deras boende underlättas och att bl.a. risk för fall, skador eller isolering minskas.

I avsnittet 14.2 har jag redovisat en studie som understryker vikten av att äldre personer som har behov av insatser får dessa så tidigt som möjligt, studien visar samtidigt att många äldre personer får insatser för sent. Det föreligger ett starkt samhällsintresse för att äldre som har behov av insatser ska få dessa. Den bestämmelse som jag föreslår om förenklad biståndsprövning syftar till att fler äldre personer, som har behov av insats ska få tillgång till dessa. Eftersom förslaget inte påverkar själva rätten till insatsen, så anser jag att bestämmelsen inte är mer ingripande än vad som är nödvändigt för att uppnå syftet. Det finns inte heller något mindre ingripande sätt att nå motsvarande resultat.

Den föreslagna bestämmelsen utgör endast en möjlighet för kommunerna att tillämpa förenklad biståndsprövning och kommunerna kan inom ramen för de begränsningar som anges i bestämmelsen göra preciseringar och även besluta om tillämplighet för högre ålder än 80 år. Det kan därför inom den begränsade omfattningen som bestämmelsen innebär, uppstå skillnader mellan kommunerna, något som i och för sig även i någon mån kan finnas vid biståndsprövning med nu gällande bestämmelser.

Med hänsyn till att själva bestämmelsen endast handlar om möjligheten att använda behovspresumtion vid förenklad biståndsprovning, och att personer utan tillämpning av förenklad biståndsprovning har samma rätt till insats, men först efter utredning utan behovspresumtion, så anser jag att eventuella skillnader mellan kommuner måste betraktas som ringa och acceptabla. Detta i synnerhet som möjligheten att använda förenklad biståndsprovning är så begränsad vad vad gäller de insatser som kan ingå, och att det även med gällande rätt kan finnas skillnader mellan kommuner beroende på olika utformningar. Det finns även starka skäl för att kommunerna själva ska kunna avgöra tillämpligheten eftersom kommunerna själva bäst avgör om och hur förenklad biståndsbedömning kan hanteras utifrån kommunens utformning av organisationen och biståndshandläggningen i övrigt.

Särskilt om mervärdesskatt

I förarbetena till lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, den s.k. befogenhetslagen, framgår att servicetjänster som omfattas av befogenhetslagen är skattepliktiga enligt mervärdesskattelagen (1994:200).⁸¹

Den nu föreslagna bestämmelsen om förenklad biståndsprovning innebär inte någon ändring av de hemtjänstinsatser som efter provning enligt 4 kap. 1 § Sol utges med stöd av gällande rätt och bör därmed inte innebära någon ändring avseende mervärdesskatteplikt. Den förenklade biståndsprovningen avser social omsorg i form av hemtjänstinsatser som efter behovsprövning beviljas enligt socialtjänstlagen. Den förenklade biståndsprovningen innebär även viss individuell behovsprövning och rätten till insatser förutsätter att den äldre personen har behov av dessa. Vidare avser den förenklade biståndsprovningen både serviceinsatser och omvårdnadsinsatser i form av sociala insatser och aktiva trygghetslarm. Serviceuppgifter som beslutats enligt 4 kap. 1 § med tillämpning av förenklad biståndsprovning kan också kombineras med hemtjänstinsatser som har beslutats med stöd av

⁸¹ Proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 154.

4 kap. 1 § SoL efter vanlig biståndsprövning. Sådan social omsorg är inte mervärdesskattepliktig.⁸²

Det kan i detta sammanhang också framhållas att även den biståndsprövade hemtjänsten i form av serviceuppgifter har en utpräglad social karaktär. För utförande av hemtjänst i form av serviceuppgifter krävs dokumentation, genomförandeplaner, iakttagande av värdegrund, ett rehabiliterande förhållningsätt, rapportering vid missförhållanden, uppmärksamhet på om det kan finnas behov av ytterligare bistånd och iakttagande av andra i socialtjänstlagen aktuella bestämmelser och mål.

14.7 Exempel på hur den föreslagna bestämmelsen om förenklad biståndsprövning kan användas

I följande exempel beskrivs hur den föreslagna bestämmelsen om förenklad biståndsprövning kan användas i praktiken.

Med stöd av den nya bestämmelsen kan det i en kommun beslutas om införande av förenklad biståndsprövning avseende exempelvis aktiva trygghetslarm och hemtjänst i form av serviceuppgifter och/eller sociala insatser med högst 8 timmar per månad för personer i kommunen som har fyllt 85 år.

Socialnämnden i kommunen informerar på lämpligt sätt om den nya handläggningen med beaktande av att informationen behöver anpassas så att den blir tillgänglig för alla berörda. Informationen som riktas till äldre personer i kommunen kan handla om möjligheten att efter förenklad biståndsprövning erhålla de aktuella insatserna om man har behov av insatsen, vilka insatser som kan erhållas och i vilken omfattning samt vilken åldersgräns som gäller. I informationen kan även anges hur ansökan och biståndsprövning går till och vilka förutsättningar som gäller – som att rätt till insatserna inte föreligger om det inte föreligger behov av insatsen eller om behoven kan tillgodoses på annat sätt. I informationen kan också ingå redogörelse för avgifter. Informationen bör även innehålla beskrivning av att 4 kap. 1 d § innebär att utredning kan komma att övergå i sedvanlig utredning, om det finns omständig-

⁸² Skatteverkets hemsida Vägledning / 2017 / Mervärdesskatt / Skatteplikt och undantag / Undantag från skatteplikt / Sjukvård, tandvård och social omsorg / Social omsorg / Vad är social omsorg? (hämtad 2017-02-19).

heter som talar emot behovet. Detta kan exempelvis vara uppgift om hushållsgemenskap med annan person som kan utföra sysslorna. När så är fallet behöver utredningen övergå till en vanlig biståndsutredning för att ytterligare utreda behovet. Vidare ska det i informationen framgå att personer som inte vill ha förenklad biståndsprövning har rätt till vanlig biståndsprövning.

Förvaltningen avgör vilka uppgifter som efterfrågas och i ansökan kan exempelvis efterfrågas uppgifter om önskade insatser med en kort redogörelse för orsak till behov, uppgifter om boende och hushållsgemenskap samt andra beviljade insatser.

Beslutet som fattas enligt 4 kap. 1 § SoL med tillämpning av den nya bestämmelsen omfattas av samma bestämmelser om beslutets utformning, som de beslut som fattas utan förenklad biståndsprövning.

Framkommer det uppgifter som talar emot presumptionen, exempelvis genom att behovet kan tillgodoses på annat sätt ska den äldre personen informeras om det behöver göras sedvanlig, dvs. ej förenklad, utredning för att insatserna ska kunna beviljas, eftersom det med ledning av lämnade uppgifter inte finns underlag som ger tillräckligt stöd för rätt till insats. Vill den äldre personen inte medverka i en vanlig biståndsprövning och nödvändig utredning och återtar sin ansökan får ärendet avslutas.

Det är viktigt att handläggare i samband med den förenklade biståndsprövningen och utförande av insatsen är uppmärksam på om det kan finnas ytterliga behov och att det då görs försök att motivera till ansökan om sådana insatser.

14.8 Mina skäl för utformning av den nya bestämmelsen om förenklad biståndsprövning

Genom lagstödet för behovspresumtion får socialnämnden ett tydligt stöd i lag för en presumtion som möjliggör förenkling av biståndsprövningen i mer enhetliga former. Det blir därmed också bättre förutsättningar för kommunerna att informera om den förenklade biståndsprövningen på ett mer systematiskt sätt med tydlig och allmän information.

I enlighet med vad jag har redovisat i detta kapitel och som även framgår i direktiven är många kommuner osäkra över vad som är

lagligt möjligt när det gäller förenklad biståndsprövning. Krav i gällande rätt på individuell prövning kan vara en bidragande orsak till kommunernas osäkerhet om möjligheterna att använda förenklad handläggning och att göra handläggningen mer generaliserad.

Den huvudsakliga skillnad som den nu föreslagna bestämmelsen innebär, är att krav på individuell prövning inskränks. Genom förslaget ges socialnämnden lagstöd för presumtion som möjliggör förenkling av biståndsprövning, så att insatserna därmed kan bli mer lättillgängliga för äldre personer som har behov av dem. Tillgång till tidiga insatser kan bidra till att öka välbefinnande och trygghet samt minska såväl social isolering som risk för olycksfall. Denna aspekt togs även upp som bakgrund till befogenhetslagen, och har exempelvis också framkommit i rapporten från hälsofrämjande arbete i Göteborgsregionens kommuner, som jag har refererat ovan. Ökad trygghet i hemmet, kan leda till att fler vill och kan bo kvar i sitt eget hem.

Mot bakgrund av antalet äldre personer och den stora mängd ärenden som äldreomsorgen handlägger, så kan det vara särskilt relevant att inom detta område ge möjlighet till förenklad biståndsprövning, som också minskar det administrativa arbetet.

Den statistik som redovisats i avsnitt 14.2, visar att det är få äldre personer under 80 år som har insatser från äldreomsorgen, medan det i åldersgruppen 80 år och äldre är mer än en fjärdedel som har insatser från äldreomsorgen och över 85 år sker det en markant ökning. En större andel av kvinnorna än männen har insatser redan vid 80 års ålder. Att sätta gränsen vid 85 år skulle missgynna kvinnor. Det är med anledning av denna statistik, som jag föreslår att bestämmelsen ska kunna tillämpas för äldre personer som har fyllt 80 år.

Jag anser också, mot bakgrund av denna statistik samt svårigheter att förutsätta ett visst behov vid en viss ålder, att det inte ska vara en skyldighet för kommunerna att tillämpa förenklad biståndsprövning. Kommunerna bör själva få avgöra om de, utifrån socialtjänstens organisation och arbetssätt samt de lokala förhållandena i övrigt, vill utnyttja möjligheten att använda förenklad biståndsprövning med stöd av den föreslagna bestämmelsen. Det finns, som jag ser det, stora fördelar med att förslaget endast avser en möjlighet för socialnämnden. På detta sätt kan kommunerna genom

uppföljningar ha kontroll på kostnadsutvecklingen och göra de anpassningar som kan vara nödvändiga, även utifrån äldre personers behov. Därtill kommer de relativt begränsade skillnader som kan uppstå mellan olika kommuner i tillämpningen.

Mot bakgrund av att det behövs mer uppföljning av för- och nackdelar med förenklad handläggning, har jag i avsnitt 14.6 föreslagit en sådan uppföljning. Det är bland annat viktigt att få mer kunskap om förenklad biståndsprövning innebär ökade kostnader på kort sikt, men även om vilka vinster det innebär på lite längre sikt i form av att fler äldre personer får det stöd de behöver i hemmet.

Jag anser också att det ska finnas utrymme för vanlig behovsbedömning, om det finns något som talar emot att behovet föreligger eller att det inte kan tillgodoses på annat sätt. Mitt förslag utgår således från att rätten till insats förutsätter att det finns ett behov. Detta är en princip som är starkt förankrad inom socialrätten och jag anser också att den redovisade statistiken även här har betydelse för att det inte är motiverat att föreslå att rätten till insats enbart skulle vara avhängig viss ålder. Med detta menar jag att statistiken ger fog för en presumtion om behov, men att den inte ger stöd för att det ska föreligga rätt till insats enbart på grund av ålder.

Nuvarande möjligheter till förenkling inom ramen för individuell behovsprövning kan enligt min bedömning vara otillräckliga. Vidare är många kommuner osäkra om vad som är rättsligt möjligt och den nya bestämmelsen öppnar en ny möjlighet för generalisering. Men jag delar i och för sig uppfattningen att socialnämnden redan med gällande lagstiftning har vissa möjligheter att i enskilda ärenden förenkla utredningen vid tillämpning av individuell biståndsbedömning. Dessa möjligheter, som dock är begränsade genom kravet på individuell prövning, minskas inte genom den nu föreslagna bestämmelsen.

Behov av lagändring understryks av att den s.k. befogenhetslagen inte tillämpas i någon större utsträckning, vilket ibland förklaras med att det är en brist att möjligheten inte ligger inom ramen för socialtjänsten.

Det har även framförts att bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL skulle utgöra tillräckligt lagstöd för de aktuella förenklingarna. Enligt min mening blir emellertid inte detta lagstöd tillämpligt, eftersom de

insatser som aktualiseras i lagförslaget är sådana som inte omfattas av rätt till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.

Jag har särskilt övervägt risken för att den förenklade biståndsprovningen kan leda till att behov inte uppmärksammas. Enligt min mening överväger dock vinsterna om fler äldre människor får den hjälp de behöver, och jag tror också att kontakten med hemtjänsten genom de beviljade insatserna kan bidra till att ytterligare behov upptäcks.

Det är enligt min bedömning däremot inte lämpligt att bestämmelsen om förenklad biståndsprovning skulle vara tillämplig på omvårdnadsinsatser eller mer omfattande serviceuppgifter samt särskild boendeform eller trygghetslarm av mer komplicerade eller integritetskänslig natur. Det kräver en mer ingående utredning och biståndsprovning för att säkerställa att behoven tillgodoses med god kvalitet och att insatserna blir adekvata och utformade på det sätt som krävs för att tillgodose behoven. Vid mer omfattande eller komplicerade behov aktualiseras också större krav på mer ingående utredning för att socialnämnden ska kunna uppmärksamma om det finns behov av andra insatser.

Självklart ska även mindre omfattande insatser vara adekvata, och det är viktigt att ytterligare behov uppmärksammas, men när det gäller mindre omfattande insatser i form av trygghetslarm, serviceinsatser och sociala insatser så kan dessa insatser i viss mån generaliseras och förutsättas vid en kombination av ålder och mindre komplexa och sammansatta behov.

Det finns skäl att särskilt understryka att en behovsbedömning i första hand utgår ifrån den äldre personens behov och att det personliga mötet mellan handläggare och den äldre personen och/eller hans anhöriga har en stor betydelse. I vissa fall kan mötet mellan handläggare, den äldre personen och hans anhöriga vara ett stöd för reflektion om den situation som den äldre personen är i. Det är enligt min mening också ett uttryck för ett personcentrerat och behovscentrerat arbetssätt som har betydelsen vid mer omfattande behov.

15 Uppföljning

15.1 Inledning

För att kunna veta om man är på rätt väg behöver man veta varifrån man kommer, och vart man ska. En nationell kvalitetsplan blir inte meningsfull förrän den förverkligas.

Den goda uppföljningen ska ge kunskap om nuläget, utvecklingen över tid, bidra till verksamhetsutveckling och identifiera brister som måste åtgärdas.

Den ideala situationen är att ha bra utgångspunkter som visar situationen när den nationella kvalitetsplanen startar. En beskrivning som kan fungera som en baseline och sedan ligga till grund för en kontinuerlig uppföljning, förslagsvis en gång i början av varje mandatperiod under den sextonårsperiod som planen är tänkt att gälla. Detta för att ge underlag för beslut om förändringar och nya satsningar om utvecklingen inte går åt det håll som planen anger.

Huvudmännen har som jag redovisat i tidigare kapitel ett ansvar för att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs säkert och med god kvalitet (3 kap. 3 § SoL och 2 a § HSL¹). Av kommunallagen (1991:900), KL; framgår att huvudmännen ska kontrollera och följa upp verksamhet som genom avtal lämnats över till en privat utförare (3 kap. 19 § KL). Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (3 kap. 19 a och 19 b §§ KL).

¹ Riksdagen beslutade den 1 februari 2017 i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). De paragrafer som hänvisas till i detta kapitel finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt min bedömning är det viktigt att huvudmännen följer upp all verksamhet på samma sätt oavsett regiform.

Det komplexa med att mäta resultat för vård och omsorg om äldre personer

Det har under de senaste decennierna pågått ett omfattande arbete med att utveckla former för att följa kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Det finns gott om indikatorer, men de har genomgående den begränsningen att de – av naturliga skäl – mäter det mätbara, vilket inte med säkerhet innebär att de mäter det som är kvalitet så som jag beskrivit kvalitet i kapitel 6. De belyser olika delar av hur vården och omsorgen om äldre personer fungerar och vad som utförs. Däremot har de inte förutsättningar att fånga helheten. Det är en stor utmaning att fånga det som sker i det goda mötet mellan vård- och omsorgspersonalen och vård- och omsorgsmottagaren.

Under 1990-talet växte, inspirerat av bl.a. New Public Management (NPM), inriktningen fram att styra med mål. Vården och omsorgen om äldre, liksom många andra välfärdstjänster, delades upp i beställare och utförare. Olika styrverktyg infördes, och resultaten följs med nyckeltal och verksamhetsmått. När allvarliga brister fått massmedial uppmärksamhet har detta i flera fall följts av krav från beslutsfattare om ökad uppföljning och utvärdering.

Kritik som riktats mot denna utveckling har bl.a. varit att den politiska styrningen försvårats och att mätning av resultat har en tendens att fokusera på det mätbara. Vidare har NPM ansetts vara en ny form av byråkrati, där styrning och uppföljning kräver omfattande administrativa resurser.²

Det finns en risk att ambitionen att säkra kvaliteten leder till en alltför omfattande uppföljning, som stjälar tid från den egentliga verksamheten, och som också kan riskera att motverka nytänkande och utveckling. Kontroll kan leda fel, rikta fokus på mindre viktiga detaljer och ta tid från vården och omsorgen. Det innebär förstås inte att den kontroll som en uppföljning innebär är oviktig, tvärtom, men det krävs en balans mellan tillit och kontroll.

² Mattisson, Ola. *Organisation och styrning på den lokala samhällsnivån – en forskningsöversikt om förändringar och utvecklingstendenser*. Lund: Lunds Universitet december 2013, underlagsrapport till Utredningen om en kommunallag för framtiden (Fi 2012:07), 2013.

I det här kapitlet redovisar jag verktyg för uppföljning som finns för kommunerna som huvudmän och på den nationella nivån. Jag tar däremot inte upp den uppföljning som sker på utförarnivå. I de båda avslutande avsnitten ger jag förslag på hur den Nationella kvalitetsplanen för vården och omsorg om äldre personer kan följas upp, samt de utvecklingsområden som finns för den nationella uppföljningen. Min förhoppning är att man ska kunna fånga både det som beskrivs som omsorgsrationalitet och personcentrerad vård och omsorg, och det som går att mäta med stöd av indikatorer och nyckeltal. Målet ska vara att lyckas förena kvalitativa och kvantitativa data. Och sist, men inte minst, ska uppföljningen även omfatta äldre personers delaktighet i vården och omsorgen.

15.2 Uppföljning ur olika perspektiv

Som jag redovisat i kapitel 6 kan kvalitet betraktas utifrån olika perspektiv. Det ideala är att ha uppgifter om hur resultatet blev. Men om det inte låter sig göras så kan det vara av värde att se vilka förutsättningar personalen har – strukturen – och hur man arbetar – processen.

Strukturkvalitet

Utbudet

Grundläggande för en god kvalitet är att utbudet av insatser inom vård och omsorg om äldre personer är flexibel och tillräcklig. Det finns indikatorer som sammantagna kan ge viss vägledning vid en bedömning av tillgänglighet och hur lätt det är att få viss insats. Det saknas dock nyckeltal som säger något om en kommun har det utbud av vård och omsorg för äldre som svarar mot behoven hos den äldre befolkningen i kommunen.

En mångfald av utförare och insatser är en av förutsättningarna för en fungerande valfrihet för den äldre. Ett exempel är möjligheten att kunna välja vård och omsorg av personal som kan tala hens modersmål. I Öppna jämförelser finns uppgifter om vilka språk personalen på viss enhet har, aggregerade data saknas dock kring hur önskemålen tillgodoses för de äldre personer som vill ha

insatserna på sitt modersmål och/eller av personal med kulturkompetens. Det saknas även uppgifter om tillgång till personal som kan tala de nationella minoritetsspråken – angeläget att följa efter som myndigheten och organisationerna som företräder det samiska folket och övriga nationella minoriteter framfört till mig att det ofta saknas personal med den kompetensen. Att kunna välja vård och omsorg av personal som har specialkompetens inom t.ex. demens, psykiatri eller neurologi som t.ex. Parkinson är en annan aspekt av mångfald. Det är, som jag utvecklar närmare i kapitel 8, önskvärt med uppgifter på nationell nivå om antal och andel som bor i särskilt boende respektive har hemtjänst och som kan erbjudas insatserna av personal med specialkunskaper.

Bemanningen

Som jag tydliggjort i flera kapitel, särskilt i kapitel 8 om God kompetensförsörjning, så är personalen en central förutsättning för att det ska bli en bra, trygg och säker vård och omsorg. Tid, kunskap, kompetens och reflektion är några delar.

Vård och omsorg är relationella verksamheter. Är tiden för knapp blir inte relationen bra, lyhördheten för den äldre personen försvåras, och vården och omsorgen blir inte optimal. Bemannning kan, om än ett trubbigt mått, fungera, i vart fall inom det särskilda boendet. Sannolikt är den totala bemanningen mätt i helårsarbetare, där alla olika yrkesgrupper ingår, den som kan ge den mest jämförbara bilden. Detta eftersom det skiljer sig mellan hur olika boenden bemannar med olika yrkeskategorier. Inom hemtjänsten kan bemanning jämfört med utförd tid vara ett tänkbart mått som inte prövats på nationell nivå.

Rätt utbildning och kompetens är, som jag utförligt redovisar i kapitel 8, en nyckelfaktor för att kunna ge god vård och omsorg. För personal med högskoleutbildning är det viktigt att kunna följa hur stor andel som har en specialistutbildning inom geriatrik och inte minst hur stor andel i grundutbildningen som avser kurser i gerontologi och geriatrik.

Vad gäller den enskilt största yrkesgruppen, undersköterskor, är det önskvärt att följa upp andel som har den utbildningsnivå som jag förordar i kapitel 8, och som på sikt ska kunna ge yrkeslegitima-

tion. Vissa kommuner har dock organiserat hemtjänsten så att en åtskillnad görs mellan utförare som enbart utför serviceinsatser och utförare som kan erbjuda all hemtjänst. En uppfattning som förs fram ibland är att det inte är rimligt att ställa samma krav på utbildning på personal som enbart utför serviceinsatser. I kapitel 8 redovisar jag argument mot en sådan syn.

En indikator i det särskilda boendet kan vara andel personal som har en högskoleutbildning (socionomer, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter m.fl.) i relation till antalet boende. Även inom kommunernas vård och omsorg³ om äldre personer som bor i ordinärt boende är det önskvärt att följa andelen personal som har en högskoleutbildning.

Personkontinuiteten är betydelsefull. Det mått som används i Öppna Jämförelser är genomsnittligt antal hemtjänstpersonal som hjälper omsorgsmottagare som har två eller fler besök av hemtjänsten (trygghetslarm och matleveranser oräknade) varje dag mellan 07.00–22.00 under en 14-dagarsperiod. Utfallet är beroende av hur kommunerna rapporterar in statistik till Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada, och ses av Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA, som ett utvecklingsnyckeltal.⁴ Denna statistik bör kunna förbättras genom utvecklad personalstatistik och koppla den till uppgifter som hämtas från kommunernas registrering enligt IBIC/ÄBIC.⁵

Processkvalitet

Hur verksamheten utförs är egentligen inte möjligt att följa om man inte är på plats och på professionellt vis observerar den. De indikatorer och nyckeltal som finns nu är mer indirekta.

Ett exempel på en indikator som kan ses både som struktur (vilka riktlinjer finns) och som processmått (hur arbetar man) är andel omsorgsmottagare som har en aktuell genomförandeplan.

³ I dagsläget är hemsjukvården inte överförd till kommunerna i Stockholms län, varför detta inte är aktuellt i de kommunerna.

⁴ www.kolada.se/index.php?_p=workspace.net (hämtad 2016-10-23).

⁵ Individens behov i centrum, IBIC (tidigare Äldres behov i centrum, ÄBIC), är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt för de som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum, ÄBIC.

Måttet säger dock ingenting varken om genomförandeplanen är aktuell, faktiskt är användbar eller om den används.

Förekomst av rutiner av olika slag ingår också i de indikatorer som används, och som kan spegla såväl struktur som process. Också dessa mått har sina brister eftersom det inte säger något varken om rutinernas innehåll eller om efterlevnaden av rutinerna. Frågorna kan dock vara en ögonöppnare för kommunerna som huvudmän och för utförarna. Ett exempel är att bara drygt var tredje kommun har rutiner för äldreomsorgspersonalens agerande vid indikationer på utsatthet för våld.⁶

I öppna jämförelser används vissa mått hämtade från kvalitetsregister; riskförebyggande åtgärder i särskilt boende och bruk av tryckavlastande underlag (källa: Senior Alert); Brytpunktssamtal och smärtskattning sista levnadsveckan (Svenska Palliativregistret); Andel personer 65+ som 12 månader efter insjuknandet i stroke uppgger att deras rehabiliteringsbehov tillgodosetts (Riksstroke).

Tillgängligheten till personal kan vara ett mått på hur verksamheten är organiserad. Källan är brukarundersökningen, och de mått som redovisas i Öppna jämförelser är för det särskilda boendet om det är lätt/svårt att få träffa sjuksköterska och läkare samt att få kontakt med personalen. Svaren visar på stora skillnader mellan kommunerna.⁷

Frågor som kan belysa hur personcentrerat personalen arbetar är brukarundersökningens om hur den äldre personen anser sig kunna påverka – tillräckligt med tid, påverka vilka tider och ta hänsyn till hens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras. Också här kan man se tydliga skillnader mellan kommunerna.⁸

Emellertid är, som jag återkommer till längre fram i detta kapitel, svarsfrekvensen så låg att det är svårt att använda brukarundersökningen, särskilt i särskilt boende. Även om det alltså finns osäkerhet i vilken mån svaren i brukarundersökningen speglar kvaliteten i vården och omsorgen och undersökningens representativitet antyder de avsevärda skillnaderna mellan kommunerna att det kan finnas kvalitetsskillnader som behöver analyseras. I avvaktan på

⁶ www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorgochhemsjukvard (hämtad 2016-10-22).

⁷ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁸ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

mer forskning kring brukarundersökningen är det dock viktigt att vara försiktig med tolkningarna.

För läkemedel finns det i Öppna jämförelser en rad mått på förekomst av tveksam läkemedelsbehandling, indikatorer som numera får anses väl beprövade.

En central kvalitetsfaktor är möjligheten för äldre personer med stora och sammansatta behov att få insatserna från ett samlat team. I Öppna jämförelser belyses denna fråga, men det saknas som jag redovisat i kapitel 10 kunskap om hur det ser ut i olika kommuner och landsting.

Det finns andra kvalitetsregister som inte är åldersbundna och som skulle kunna utgöra ett underlag för i vilken utsträckning äldre personer får del av vissa insatser som rekommenderas för specifika tillstånd. Sådana register kan vara t.ex. register för ECT-behandling⁹.

Resultat

Det finns få resultatmått. Inom vissa specifika områden kan det gå att direkt eller indirekt mäta resultat. Kvalitetsregistret Senior Alert kan ge data om förekomsten av trycksår, fallskador, blåsdysfunktion, undernäring och om munohälsan ökar eller minskar. Som en modul i Senior Alert erbjuds de verksamheter som är anslutna till Senior Alert att årligen göra en punktmätning av förekomst av trycksår och fall. Uppgifterna ska i första hand användas för förbättringsarbetet i den enskilda verksamheten men kan också användas på en övergripande nivå givet att registreringen är tillräckligt omfattande.

Uppgifter om fallskador och höft- och lårbensfrakturer finns också i statistiken från hälso- och sjukvården. Den visar att det finns skillnader mellan kommunerna. Det är svårt att bedöma hur dessa skillnader kan kopplas till hur kommunernas förebyggande arbete är utformat.

Brukarundersökningens frågor om t.ex. hur nöjd den äldre personen är med maten och måltidssituationen (ställs ännu bara till de som bor i särskilt boende) kan ses som ett exempel på resultatmått.

⁹ ECT – elbehandling – elektrokonvulsiv behandling. En behandling som används vid framför allt djupa depressioner.

Hur väl ADL-förmågan förbättrats genom rehabiliteringsinsatser efter stroke ett annat¹⁰.

Som jag redovisat i kapitel 7 saknas de rättsliga förutsättningarna för att inom socialtjänsten på individnivå sammanställa uppgifter om vilka behov som leder till visst beslut om insatser och vilka mål som finns för insatsen. Den individbaserade statistik som nu finns är enbart mängdstatistik (antal som har viss insats) och kan därmed inte användas för att mäta förändringar i vilka behov som finns och tillgodoses eller måluppfyllelse.

15.3 Kvalitetsregister

Min bedömning: Kvalitetsregister har visat sig vara en för många verksamheter fungerande form för att arbeta systematiskt och kunskapsbaserat som underlag för ständiga förbättringar. De nationella kvalitetsregister som används inom vården och omsorgen om äldre behöver ett långsiktigt statligt stöd för att kunna utvecklas och utgöra ett stöd till verksamheten. Ett sådant stöd bör inkludera stöd till regionala FoU-miljöer för att de ska kunna stödja verksamheterna i förbättrings- och utvecklingsarbete utifrån kvalitetsregisterdata. Den överenskommelse som träffats inför 2017 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan ses som ett viktigt steg mot ett sådant långsiktigt stöd.

Kvalitetsregister har växt fram inom hälso- och sjukvården som ett verktyg för att öka kunskapen om effektiva metoder och underlätta förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård. Ett nationellt kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om ett visst problem, insatta åtgärder och resultat. Dessa kvalitetsregister granskas och är certifierade av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister, vars kansli hör till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

I enlighet med en överenskommelse mellan SKL och staten har staten gått in med 70 procent och landstingen med resterande som utvecklingsmedel under åren 2012–2016. Regeringen har slutit en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om fort-

¹⁰ De uppgifterna finns i Riksstroke.

satt stöd, med minst 112 miljoner kronor under 2017. Under 2017 görs ett gemensamt arbete med en översyn av kvalitetsregistresystemet. Syftet är att få fram en stabil och långsiktig hållbar organisation för kvalitetsregistren från 2018 och framåt.¹¹

Mångfald av kvalitetsregister

Det finns för närvarande 96 nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, varav främst fyra är aktuella för den kommunala vården och omsorgen – Senior Alert¹², BPSD-registret (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens), SveDem (Svenska Demensregistret) och Svenska Palliativregistret. Inom ramen för regeringens satsning på de mest sjuka äldre åren 2010–2014 har statliga stimulansmedel getts för att öka användningen av dessa fyra kvalitetsregister. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det fler kvalitetsregister som kan vara användbara, som Riks-stroke, Rikshöft, Nationella diabetesregistret, Riks-Sår och RiksSvikt (hjärtsvikt).

Det utlovade statliga stödet är nödvändigt för att kvalitetsregistren ska kunna vidareutvecklas. Stödet måste enligt min bedömning vara långsiktigt. Enbart Senior Alert har till mig redovisat att det långsiktiga finansieringsbehovet ligger runt 5–7 miljoner kronor per år. Därutöver finns behov av resurser för att utveckla fler moduler som rehabilitering och psykisk ohälsa. Senior Alert har en relativt god täckningsgrad, nästan 80 procent av de äldre personer som under 2015 bodde i särskilt boende hade det året riskbedömts i Senior Alert, med variation från knappt 60 procent i Skåne till 95 procent i Västmanland.¹³

¹¹ Socialdepartementet. Pressmeddelande 2016-12-17.

¹² Register för att bedöma, förebygga och följa upp risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blås- och tarmdysfunktion; utvecklingsarbete pågår om vårdrelaterade infektioner och psykisk ohälsa.

¹³ Socialstyrelsen. *Täckningsgraden 2016. Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregister*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017.

Stöd för användarna av registren

Det är likaså nödvändigt att på såväl nationell som lokal nivå ha tillräckliga resurser för att kunna ge pedagogiskt stöd till verksamheterna. Det finns annars en risk att dessa bara registrerar utan att kunna använda sig av registren för sin uppföljning och utveckling. Erfarenheter från bl.a. Stockholms stad tyder på det. I en uppföljning under 2015 kunde konstateras att en majoritet av de särskilda boendena registrerade i Senior Alert men bara i en minoritet använde personalen detta för att gemensamt ta fram åtgärder och göra gemensamma uppföljningar.¹⁴

Om en hemtjänstenhet eller särskilt boende inte förmår se nytta med registreringen kommer den förstås att upphöra att använda kvalitetsregistret. Det behövs ett externt kunskapsstöd för att registren ska bli använda för kvalitetssäkring och utveckling. Goda former för det utvecklades inom ramen för regeringens och SKL:s gemensamma arbete Bättre liv för sjuka äldre.

Att registren kan bidra till verksamhetsutveckling framgår av en avhandling om Svenska Palliativregistret. Den visade att deltagande i palliativregistret samvarierade med kvalitetsförbättringar av vård i livets slutskede.¹⁵

Det är också önskvärt att tillgodose de utvecklingsbehov som påtalats i olika sammanhang; bl.a. redan 2010 i en gemensam rapport från Socialdepartementet och SKL. Den rapporten pekade bl.a. på den dubbelregistrering det innebär att skriva in liknande uppgifter både i journal och i kvalitetsregister är tungrott för vårdpersonalen. Ett annat problem är att många register har sina egna IT-lösningar och att den nationella samordningen är bristfällig.¹⁶ Problemen kvarstår.

Det finns också rättsliga hinder för att sammanställa information från kvalitetsregister inom socialtjänsten. Det försvårar att inom socialtjänsten använda kvalitetsregister för att säkerställa

¹⁴ Sonde, Lars. *Nytta med kvalitetsregister? Senior Alerts och Svenska palliativregistrets påverkan på arbetet vid vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2015:3.

¹⁵ Martinsson, Lisa. *Quality improvement in palliative care – the role of a national quality register and perceptions of information during palliative chemotherapy*. Diss, Umeå universitet, 2015.

¹⁶ Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.

insatsernas kvalitet och att utveckla en evidensbaserad praktik. Det är en komplex fråga, som min utredning varken har haft i uppdrag enligt direktivet eller har haft tidsmässig möjlighet att analysera.

Uppföljning med hjälp av kvalitetsregister

Kvalitetsregistren bör i första hand användas för att säkra den egna verksamheten och dess uppföljning. Registren ger kunskap som på aggregerad nivå kan användas för forskning liksom styrning på kommunal, läns- och nationell nivå. De bör däremot inte ingå i öppna jämförelser eller kommunernas webbplatser med jämförelser över olika utförare i kommunen, eftersom det riskerar att stimulera en tillrättalagd registrering och det kan vara svårtolkat att veta vad som är kvalitet och vad som inte är det.

15.4 Kommunernas uppföljning

Som huvudman för vården och omsorgen om äldre personer har kommunernas socialnämnder ett ansvar för att följa upp att den bedrivs enligt lagstiftning, föreskrifter och kommunens egna mål. Detta oavsett om verksamheten utförs i kommunens egen regi eller av en privat aktör. Uppföljningen sker både på verksamhets- och individnivå. Uppföljningen bör ske med både kvalitativa och kvantitativa metoder. Varje form har sina fördelar och sina begränsningar.

Kvalitativa arbetsformer

Kvalitativa arbetsformer kan vara att ute i verksamheten observera hur den bedrivs och samtala med de äldre personerna, deras anhöriga och personal. Arbetsformer som kräver en genomtänkt metodik och god professionell kunskap om vård och omsorg.

Ska man fånga omsorgens ”själ”, som jag i kapitel 6 om kvalitet beskrivit med den norska forskaren Kari Wærness som omsorgsrationalitet, så är det svårt att hitta någon bättre modell.

Arbets sättet tar dock tid. Det inbegriper vanligen både att vara på plats vid olika tider på dygnet och tillräckligt länge för att få en bild av hur vården och omsorgen utförs, och att samtala med de

som får omsorgen, deras anhöriga och personal. Iakttagelserna som görs kan stämmas av mot vad som finns i journaler och den sociala dokumentationen.

Det finns få uppföljningar av detta arbetssätt. I en FoU-studie av metoden i Stockholms stad och Kungsholmens stadsdelsförvaltning konstaterades att den information som erhålls vid deltagande observation skulle vara svårt att ersätta med andra metoder. Den ger en mångfacetterad bild av verksamheten. Även om metoden tar tid menar rapportförfattarna att det inte finns några genvägar om man har för avsikt att få kunskap om vad som sker i mötet mellan den äldre personen och vård- och omsorgsgivaren¹⁷.

I Socialstyrelsens Uppföljningsguiden finns en flik om observationer.¹⁸

I biståndshandläggarnas arbetsuppgifter ligger att följa upp hur de beviljade insatserna utförs. Den uppföljningen kan användas också på en aggregerad nivå. Modellen ÄBIC/IBIC bör kunna underlätta en mer systematisk uppföljning av hur målen i biståndsbeslutet tillgodoses.¹⁹

Av Socialstyrelsens kommunundersökning framgår att det inte är vanligt med strukturerad uppföljning inom äldreomsorgen, varken på individnivå eller att sammanställa de individuppföljningar som görs för att få en uppfattning av kvaliteten på verksamhetsnivå. I var femte kommun används någon form av strukturerat arbetssätt vid utredningar och uppföljningar. Det är ovanligt att göra sammanställningar på gruppnivå från individuppföljningar, och sällsynt (2 procent av kommunerna) att använda sig av sådana sammanställningar.²⁰

Personalen kan bidra med den professionella bedömningen av hur vården och omsorgen fungerar utifrån olika aspekter. Personalen torde vara de som bäst kan bedöma om de har tillräckliga förutsättningar att ge en god vård och omsorg, vilka hinder som finns och vad som behöver förstärkas. De kan också identifiera områden där det kan finnas säkerhetsbrister, samverkansproblem

¹⁷ Norman, Eva. *Uppdrag granskning. Metoder för uppföljning av äldreomsorgen*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2001:8.

¹⁸ <http://processen.uppfoljningsguiden.se/2-samla-in-information/observationer/> (hämtad 2016-12-18).

¹⁹ Socialstyrelsen. *Individens behov i centrum. Behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

²⁰ www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorgochhemjukvard (hämtad 2016-10-22).

och andra kvalitetsbrister som kan behöva åtgärdas på kommunnivå.

På utförarnivå tas nog vanligen personalens kunskap till vara, medan det kan vara mer ovanligt att huvudmannen, kommunen, tar del av personalens erfarenheter. Former för det bör kunna utformas lokalt i dialogen mellan kommunen som beställare och utförarna av insatserna.

Det finns ett stort utvecklingsområde i att inkludera de äldre personerna och deras anhöriga i arbetet med att följa upp vården och omsorgen om äldre.

Enkäter och register

Ett vanligt sätt att inhämta synpunkter och värderingar av de som har vård och omsorg är enkäter. Enkäter har fördelen att den kan sändas/ges till alla som har vård och omsorg. Jag vill dock förespråka intervjuer, med reservation för att även intervjuer har sina fallgropar, som ger en mer fördjupad bild. I intervjun kan den som intervjuas mer fritt få utveckla sina erfarenheter än i en enkät. Totalt sett behöver den tid uppföljning med intervjuer tar inte vara mycket mer omfattande än tiden för att genomföra uppföljningen med enkäter. Intervjuer kräver dock tid för reflektion så att intervjuaren blir varse till exempel sin egen förförståelse.

Kvalitetsregistren kan på en aggregerad nivå ge kommunerna värdefull kunskap om hur väl kommunernas insatser inom vård och omsorg för äldre personer fungerar och utvecklas på de områden som kvalitetsregistren följer. Det kan t.ex. gälla rehabilitering (Riksstroke ettårsuppföljningen), förebygga risker (Senior Alert) och vård i livets slutskede (Svenska palliativregistret).

Avvikelse och klagomål

Avvikelseberättelser är ett av verktygen för kvalitetsförbättringar på verksamhetsnivå. Avvikelse som behöver följas upp på kommunnivå är exempelvis avvikelser mot god samverkan mellan huvudmännen och vårdgrannar.

Kommunerna som huvudmän får information om alla lex Sarah-anmälningar inom socialtjänstområdet och lex Maria-anmälningar

inom den hälso- och sjukvård kommunerna svarar för. Syftet med anmälningarna är primärt att förebygga att liknande fel sker i framtiden.

I betänkandet *Sedd, hörd och respekterad* (SOU 2015:14) föreslås ett nytt klagomålssystem. I patientsäkerhetslagen och i patientlagen föreslås att bestämmelser införs som anger att vårdgivaren ska ge patienten en förklaring av vad som hänt och varför det inträffat. Vårdgivaren ska också informera om vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen och ge patienten möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Genom att tydliggöra att det är vårdgivaren som har ansvaret för att hantera klagomålet ökar vårdgivarens möjligheter att lära sig av patienternas erfarenheter.²¹

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivare och de som bedriver socialtjänst sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns mönster eller trender som tyder på kvalitetsbrister (5 kap. 6 § SOSFS 2011:9).

Jag menar att klagomål och avvikelser även kan vara ett förbättringsverktyg på huvudmannaskapsnivå. Kommunerna bör ha enkla och för allmänheten väl kända kanaler för att ta emot klagomål, och systematiskt sammanställa dessa, såväl vad avser den kommunala hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

De nationella registren, och då särskilt Öppna jämförelser, som jag beskriver i avsnitt 15.7 används sannolikt i de allra flesta kommuner som ett verktyg för jämförelser med andra kommuner. Jämförelser som, som jag redovisar i avsnitten 15.5 och 15.7, bör göras med försiktighet.

Avtalsuppföljningar

Avtalsuppföljningar har nog tidigare främst genomförts med privata utförare som kommunerna träffat avtal med inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, eller efter upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Det

²¹ SOU 2015:14. Klagomålsutredningen. *Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.*

finns inga uppgifter om hur många kommuner som numera använder samma arbetssätt för uppföljning oavsett regiform och även om det avser egen regi som inte har avtal. Avtalsuppföljningen sker av naturliga skäl mot vilka mål och krav som ställts i förfrågningsunderlag och avtal. Flertalet av de metoder jag beskrivit ovan kan vara lämpliga.

Brukarråd²²

Min bedömning: Det är viktigt att ta tillvara all den erfarenhet som finns hos de som får vård och omsorg. Det är också önskvärt att samverka med pensionärsorganisationerna på olika sätt i uppföljningen av vården och omsorgen om äldre personer.

Brukarråd och/eller anhörigråd kan vara en värdefull informationskälla för förbättringar på verksamhets- och enhetsnivå. Det kan finnas skäl för kommunen att ta del av synpunkter och förslag som är generaliserbara och inte specifikt hör ihop med det boende, den dagverksamhet eller hemtjänst där rådet finns.

Brukarrevisorer är en annan form. Syftet är att ta tillvara brukarnas erfarenheter och kunskaper om verksamheten och att dessa används i utvecklingsarbete för bättre vård och omsorg. Ett exempel är det Allmänna arvsfonden-finansierade projektet Brukarkraft som drivs av Verdandi. Brukarkraft är ett resurscentrum för brukarinflytande inom missbrukarvården. De genomför brukarstyrda brukarrevisorer där de som är berörda av insatserna får uttrycka vad de tycker om den och vilka förbättringar de önskar.²³ Modellen bör kunna överföras till vården och omsorgen om äldre personer.

Flertalet kommuner har en formaliserad samverkan med pensionärsorganisationerna i kommunala pensionärsråd (KPR), och med handikapporganisationer i handikappråd eller råd för funktionshinderfrågor. På en mer övergripande nivå kan KPR bidra till dialogen om hur en bra vård och omsorg om äldre personer kan utformas. Handikapporganisationerna har vanligen på samma sätt möjlighet att

²² I detta avsnitt används begreppet brukare eftersom innehållet speglar metoder och projekt där begreppet används.

²³ www.verdandi.se/brukarkraft/ (hämtad 2016-12-29).

föra fram sina erfarenheter och kunskap i kommunala handikappråd eller motsvarande.

En samverkan som har prövats är syneförrättningar, där medlemmar i pensionärsorganisationerna besöker särskilda boenden och då har hjälp av en checklista vad de kan behöva uppmärksamma. PRO genomförde 1998 en landsomfattande syneförrättning. Nästan alla landets då cirka 4 000 särskilda boenden fick besök. Det är en intressant form för samverkan med civilsamhället.

Inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt kommunala insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning har olika former av dialog med de som har eller har haft insatser på grund av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning bidragit till verksamhetsutveckling.²⁴

Organisation för uppföljning

Vanligt är att någon (några i större kommuner, där ofta i en stabsfunktion), har ett särskilt ansvar för att uppföljningen sker på ett systematiskt sätt och att kunskapen sammanställs. I detta arbete ingår ofta den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och i den mån funktionerna finns medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och ansvarig för det sociala arbetet (socialt ansvarig samordnare, SAS).²⁵

I MAS- och MAR-rollen ingår även att följa hur den kommunala hälso- och sjukvården följer nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. ADL-träning i hemmet (prioritet 1 enligt de nationella strokeriktlinjerna²⁶), stöd till fysisk aktivitet för personer med typ 2-diabetes (prioritet 1 i diabetesriktlinjerna²⁷) och att personalen får ”långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg” (prioritet 1 enligt demensriktlinjerna²⁸) för att nu ta tre konkreta exempel.

²⁴ www.nsph.se/projekt/2017-01-16.

²⁵ Socialstyrelsen. *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitets-säkerande funktioner*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁶ www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard/sokiriktlinjerna/strokemedkvarstaendenedsattning (hämtad 2016-12-18).

²⁷ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning, preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.

²⁸ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens – stöd för styrning, remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

Vid tillämpningen av de nationella riktlinjerna ska hänsyn tas till äldre personer med komplexa sjukdomar och omsorgsbehov²⁹.

Det finns inte någon motsvarande lagreglerad funktion som MAS och MAR inom socialtjänstområdet. Det finns ingen kunskap på nationell nivå om hur kommunerna organiserat och bemannat uppföljningen av äldreomsorgen.

De regionala och lokala FoU-miljöerna bör kunna vara ett stöd för kommunerna att utveckla sitt systematiska uppföljningsarbete.

15.5 Intresse- och arbetsgivarorganisationernas uppföljning

Kommunernas kvalitet i korthet (KKiK)

Sveriges Kommuner och Landsting sammanställer årligen data i en rapport Kommunernas kvalitet i korthet, med förtroendevalda som primär målgrupp³⁰. I denna finns en del mått som avser äldreomsorgen, bl.a. väntetid i snitt för att få plats på särskilt boende, hur många olika personal som besöker en äldre person med hemtjänst under en 14-dagarsperiod (hämtade från Kolada³¹, se nedan), exempel på serviceutbud inom hemtjänsten och vissa kvalitetsaspekter inom särskilt boende (merparten egenrapporterade från kommunen). Flertalet av måtten finns också i öppna jämförelser.

Välfärdsinsyn

Arbetsmarknadens parter arbetar sedan ett par år med att utveckla en webbplats för kvalitet, Välfärdsinsyn. Ett syfte är att ge medborgarna insyn i hur vården och omsorgen fungerar, och därmed hur skattepengarna används.

²⁹ Socialstyrelsen. *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer. Hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov.*

www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-bilaga-mest-sjuka-aldre-och-nationella-riktlinjer.pdf

³⁰ Sveriges Kommuner och Landsting. *Resultatrapport. Kommunens Kvalitet i Korthet, 2015.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.

³¹ Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), med cirka 3 500 nyckeltal som berör många delar av landstingens och kommunernas ansvarsområden.

Fullt utbyggd är förhoppningen att webbplatsen ska omfatta cirka 10 000 offentliga, privata och idéburna verksamheter. Avsikten är att vård- och omsorgsaktörer ska rapportera vissa kvalitetsmått, uppgifter om ekonomi, ägande och anställningsvillor. Det ska t.ex. gå att se hur personaltäteten är på ett visst äldreboende.

Arbetet bedrivs i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Arbetsgivaralliansen, Arbetsgivarförbundet KFO och Vårdföretagarna och de fackliga organisationerna. Socialdepartementet svarar för hälften av finansieringen. Ambitionen är att webbplatsen ska kunna tas i bruk våren 2017.³²

Vårdföretagarna

Arbetsgivarorganisationen för de privata vård- och omsorgsföretagen, Vårdföretagarna, överlämnade i Almedalen 2008 ett förslag till regeringen om hur ett nationellt utvärderingsprogram för vård- och omsorg kunde tas fram.

Vårdföretagarnas fortsatta arbete har bl.a. resulterat i en modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorgen. Modellen bygger på indikatorer som avses spegla såväl struktur som process och resultat. All information som presenteras ska avse relationen mellan den äldre personen och utföraren, och det som mäts ska vara påverkbart för utföraren. De datakällor som används är de ovan beskrivna nationella undersökningarna samt kvalitetsregister.

De mått som föreslås för särskilt boende avser förekomst av olika rutiner, några personalmått avseende utbildning och en sammanvägning av svar i brukarenkäten. För hemtjänsten föreslås liknande mått. Måttet personalkontinuitet redovisas som ett utvecklingsområde.

Vårdföretagarnas ambition var att detta system ska ägas och förvaltas av en oberoende och gentemot alla typer av utförare neutral part.³³

³² www.valfardsinsyn.se/media/valfardsinsyn_produktdeskrivning_a4.pdf (hämtad 2016-11-12).

³³ Vårdföretagarna. *Vårdföretagarnas modell för uppföljning och redovisning av kvalitet inom äldreomsorg*. Stockholm: Vårdföretagarna, mars 2013.

Famna

Famna är riksorganisationen för idéburen vård och social omsorg. Famnas syfte är bl.a. att bistå medlemsorganisationerna i systematiskt kvalitetsarbete och att verka på nationell nivå för kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. I denna dubbla roll kan Famna beskrivas som en intermediär som förbättrar policyrelevans och policyimplementering.³⁴

Under Bättre liv för sjuka äldre har Famna t.ex. utvecklat ett program för systematiskt kvalitetsarbete och ledarskap som kom att kallas Värdeforum³⁵ där verksamheter från offentliga, privata och idéburna utförare deltog. I Värdeforum tränar verksamhetsteam att utveckla vården och omsorgen med utgångspunkt i behoven hos de man finns till för. Man synliggör kvalitet bl.a. med mätningar som är framtagna i verksamheten och skapar på det sättet motivation och ägandeskap hos både medarbetare och enhetschefer.³⁶

Webbkollen

Sveriges Kommuner och Landsting tog år 2012 inom ramen för projektet Bättre liv för sjuka äldre fram det webbaserade verktyget Webbkollen, som är ett sätt att låta patienterna komma till tals. Den finns i fem versioner; efter utskrivning från sjukhus eller efter besök hos specialistmottagning, patienter som är åter i hemmet efter besök på akutmottagning, patienter som är återinskrivna och befinner sig på sjukhus och äldre som är hemma med många insatser från antingen landstingets eller kommunens hälso- och sjukvård. Utöver att skapa trygghet för patienten är syftet att systematisera den kunskap som kommer fram i ett strukturerat samtal med patienten och därmed tydliggöra var hälso- och sjukvårdens förbättringsområden finns.³⁷

³⁴ Neubeck, Truls, Elg, Mattias och Schneider, Thomas. Managing the gap between policy and practice through Intermediaries for Quality Improvement. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 18(4); 73-89. 2014.

³⁵ www.famna.org/var-verksamhet/kvalitet-och-ledarskap/vardeforum/ (hämtad 2017-02-07).

³⁶ Neubeck, Truls. 2016. *Quality improvement within nonprofit social service providers*. Diss., Jönköping University, School of Health and Welfare, 2016.

³⁷ Sveriges Kommuner och Landsting. *Varför webbkollen*. www.webbkollen.com/

15.6 Källor för den nationella uppföljningen

Brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Mina förslag: Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utveckla en form för regelbundna undersökningar riktade till anhöriga om vården och omsorgens kvalitet ur ett anhörigperspektiv.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utveckla former för kompletterande undersökningar till brukarundersökningen med t.ex. uppdrag till högskolor och FoU-miljöer att genomföra kvalitativa studier.

Socialstyrelsen föreslås vidare få ett uppdrag att säkerställa att undersökningar som riktar sig till äldre personer med vård- och omsorgsinsatser tillgodoser olika språk, nationella minoritets-språk, teckenspråk, bildstöd och andra former för kommunikativ anpassning.

Min bedömning: Det är viktigt att äldre personer som har vård och omsorg ges en reell möjlighet att delge sin uppfattning av vården och omsorgens kvalitet. Det är nödvändigt med ett fortsatt utvecklingsarbete av former för inhämtande av synpunkter, utveckling av indikatorer och kompletterande undersökningar. Även de anhöriga har viktiga erfarenheter som behöver tas tillvara.

Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* har ambitionen att spegla hur omsorgsmottagaren själv bedömer sin hemtjänst respektive sitt särskilda boende. Det är en nationell undersökning där alla äldre över 65 år som har hemtjänst eller bor i särskilt boende svarar på frågor om kvaliteten på den omsorg de har.

Den första undersökningen genomfördes 2008. Sedan 2013 är Socialstyrelsens brukarundersökning en totalundersökning och därmed kan resultaten redovisas på enhetsnivå. För enheter med färre än 30 svarande sker en viss begränsning i vad som redovisas.

I 2016 års undersökning deltog totalt 135 085 personer, varav 94 714 personer som hade hemtjänst (57 procent av alla med hemtjänst) och 40 371 personer som bodde i särskilt boende (49 procent). Av alla som hade hemtjänst var det detta år 30 procent som

svarade själva. Av alla som bodde i särskilt boende var det 7 procent som svarade själva.³⁸

Frågorna är av skiftande art, vissa är mer fakta – som ”brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras” och ”brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig”. Andra är i form av ”hur tycker du att ..., känner du att ..., hur upplever du ... eller hur nöjd är du med ...”. Majoriteten av de som svarat uppgav i 2016 års enkät, i likhet med tidigare år, positiva svar på i stort sett alla frågor.

När svaren från äldre personer som på olika sätt är sköra analyseras framkommer en delvis annan bild. I Socialstyrelsens redovisning av 2016 års enkät har myndigheten därför valt att analysera de äldre personer som har svårast besvär av ångslan, oro eller ångest, de som besväras av ensamhet och de som känner sig otrygga. Mer än hälften av äldre personer som uppger sig vara otrygga har exempelvis upplevt olämpligt agerande från personal. Personer som ofta besväras av ensamhet är mer missnöjda med de aktiviteter som erbjuds.³⁹ För att tolka vad som orsakar dessa äldre personers upplevelse av personalens bemötande krävs fördjupade studier.

Det finns ett samband mellan hälsosituation och tillfredsställelse med den vård och omsorg hen får, där personer med sämre hälsa genomsnittligt sett skattar bemötande och andra kvalitetsvariabler lägre än de med bättre hälsa.⁴⁰

När andel som svarar att de är nöjda redovisas bör man ha i åtanke att bortfallet är större bland de mest sjuka äldre med omfattande insatser, särskilt personer med en demenssjukdom.⁴¹ Det är också viktigt vid tolkningen av brukarundersökningen att komma ihåg att det är så få som själva besvarat enkäten.

Svaren blir beroende av de förväntningar omsorgsmottagaren har. Förväntningar kan skifta beroende av utbildning, och tidigare yrkes- och livserfarenheter. Vilka krav som ställs kan också skilja

³⁸ Socialstyrelsen. *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016, s. 9. och Socialstyrelsen. *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2016. Nationella resultat 2016. Bilaga 4*, Stockholm: Socialstyrelsen 2016, hemtjänst s. 13, särskilt boende s. 80.

³⁹ Socialstyrelsen. *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016*. Stockholm, Socialstyrelsen 2016.

⁴⁰ Cronemyr, Peter och Poksinska Bozena. *Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmotoden*. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys, 2015.

⁴¹ Österman, Jenny och Hols-Salén, Linda. *Beskrivning av bortfallet i undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” på särskilt boende i Stockholms län 2013*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Socialstyrelsen, Diarienummer 2.7-37104/2013.

mellan olika samhällsgrupper. De kan också påverkas av det man tror är realistiskt. Om man t.ex. vet att personalen alltid har mycket att göra så är det möjligt att man värderar hur väl det fungerar utifrån denna förutsättning. ”Personalen gör så gott de kan, de är så snälla – det är synd att klaga”. I en avhandling lyfter Magdalena Elmersjö fram den lojalitet som de som får vård och omsorg visar mot personalen. Det reducerar deras vilja att klaga och på annat sätt försöka påverka att deras situation blir bättre.⁴²

Ju mer generell en fråga om nöjdhet är (t.ex. ”hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende”) desto större andel svarande är nöjda jämfört med om man frågar mer specifikt om hur omsorgsmottagaren upplever vissa aspekter i hjälpen. Ett exempel är från en studie Socialstyrelsen initierade 2013:

En dam som svarade att hon var ganska nöjd med boendet sammantaget berättade att maten inte var bra, att personalen inte meddelar tillfälliga förändringar, att vissa i personalen inte bemöter henne på ett bra sätt och att det ibland kan vara ganska svårt att få kontakt med personalen när hon behöver gå på toaletten.⁴³

En fråga av den här typen ger dock utslag på kommunnivå. Det finns kommuner där färre än 70 procent av de som bor i särskilt boende svarar att de är mycket eller ganska nöjda, och det finns kommuner där mer än 90 procent svarar så. För hemtjänsten är variansen mellan kommunerna något mindre, men också här finns skillnader mellan kommuner med värden under 80 procent och kommuner som närmar sig 100 procent som svarar att de sammantaget är nöjda eller mycket nöjda.⁴⁴ Det indikerar något, frågan är om det är tecken på en sämre kvalitet i kommunerna med låga värden?

Det finns också problem med att fråga om t.ex. ”personalen”, eftersom uppfattningen kan vara olika om olika personer i personalgruppen.

Svaren kan skilja sig beroende på om den äldre själv fyllt i enkäten eller om en anhörig hjälpt till. Har den anhörige svarat

⁴² Elmersjö, Magdalena. *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen*. Diss., Linnéuniversitetet, 2014.

⁴³ Österman, Jenny och Hols-Salén, Linda. *Beskrivning av bortfallet i undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” på särskilt boende i Stockholms län 2013*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Socialstyrelsen, Diarienummer 2.7-37104/2013.

⁴⁴ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

efter hur nöjd man tror den äldre är eller hur nöjd den anhörige själv är med insatserna den närstående fått? Generellt är det alltid svårt att svara på subjektiva bedömningsfrågor i någon annans ställe, särskilt när det inte är möjligt att fråga den äldre själv, t.ex. på grund av allvarlig kognitiv nedsättning.

I en studie som Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys låtit Linköpings universitet göra ställer sig forskarna frågan ”får man samma svar om anhöriga och personal svarar som då de äldre själva svarar” och svarar nej på den frågan.⁴⁵

Svaren från anhöriga bör därför inte läggas ihop med svaren från omsorgsmottagaren själv vid bearbetningen av enkäterna. De anhöriga har många gånger en bra bild av hur vården och omsorgen fungerar, vilket, som jag tar upp i kapitel 11, kan motivera en nationell anhörigenkät. Förslag på enkätfrågor till de anhöriga har tagits fram på uppdrag av Socialstyrelsen.⁴⁶

I Socialstyrelsens uppföljning av Öppna jämförelser 2010–2014 konstateras att ”För att kunna genomföra etiska och tillförlitliga undersökningar som kan användas i verksamhetsutveckling behöver metoder för brukarundersökningar för de olika brukargrupperna utvecklas.”⁴⁷

Någon vetenskaplig utvärdering av brukarundersökningarna har ännu inte gjorts. Det går därför inte att uttala sig om hur säker den bild är som brukarundersökningarna ger av kvaliteten i kommunernas vård och omsorg. Deras värde torde främst ligga på enhetsnivå, där jämförelse med andra liknande verksamheter kan ge en indikation om områdena enheten kan behöva arbeta med.

Socialtjänststatistiken

Socialstyrelsen publicerar årligen socialtjänstinsatser till äldre personer. Den ingår i Sveriges officiella statistik. Uppgifterna hämtas från registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med

⁴⁵ Cronemyr, Peter och Poksinska Bozena. *Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmotoden*. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys, 2015.

⁴⁶ Österman, Jenny och Hols-Salén, Linda. *Utformning och testning av nya frågor till anhörigmodulen i brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, ISSN 1401-5129, 2014.

⁴⁷ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014, slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.

funktionsnedsättning, som inrättades 2007. Sedan 2013 innehåller registret enbart uppgifter om verkställda beslut.

De uppgifter som redovisas är antal äldre personer som har viss insats och för hemtjänst omfattning i tid. Uppgifter finns efter åldersgrupper och kön. Statistiken kan, med vissa begränsningar, användas för jämförelser över tid. Den kan också användas för att se skillnad i täckningsgrad mellan olika kommuner.

Det går däremot inte att ur statistiken läsa ut orsaker till varför äldre personer har insatser från socialtjänstens äldreomsorg, eftersom det inte är rättsligt möjligt att samla in och sammanställa individuppgifter om t.ex. ADL-förmåga och diagnoser. Den officiella statistiken kan därför inte användas för att bedöma äldreomsorgens träffsäkerhet och effekterna av insatserna. Några exempel från frågeställningar i de två föregående kapitlen som inte kan besvaras är: Har tidiga insatser genom att underlätta tillgång till att få serviceuppgifter genom hemtjänsten ett förebyggande värde? Kan dagverksamhet innebära att flytt till särskilt boende kan senareläggas? Det går inte heller att besvara om "ribban" för att få olika insatser inom äldreomsorgen ligger olika högt i olika kommuner – dvs. om äldre personer som första gången beviljas insats eller beviljas att få flytta till särskilt boende i vissa kommuner har ett betydligt större omsorgsbehov än i andra kommuner.

Frågan om den individbaserade socialtjänststatistiken ska utökas med uppgifter som belyser den äldres behov är komplicerad. Jag ser det som angeläget att värna om den äldre personens integritet, och lägger därför inga förslag om ändringar av gällande rättslig reglering.

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Mitt förslag: Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att göra en översyn av enhetsundersökningen i syfte att frågorna mer tydligt ska fokusera på den strukturella kvaliteten.

Min bedömning: Att enbart fråga om själva förekomsten av rutiner, genomförandeplaner och motsvarande har ett begränsat värde för att bedöma kvaliteten avseende process och resultat, eftersom det inte säger något om hur dessa är utformade och om hur de används.

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård besvaras av hemtjänstverksamheter och särskilda boenden på enhetsnivå. Cirka 5 000 enheter fick enkäten 2016. Svarsfrekvensen är god, år 2016 besvarade 86 procent av hemtjänstenheterna och 93 procent av de särskilda boendena enkäten. Enkäten var från början främst avsedd att ge möjlighet till jämförelser som stöd för den äldre personen och dennes anhöriga.

I enkäten frågas framför allt efter olika mått på struktur- och processkvalitet, som andel av omsorgsmottagarna som har en namngiven kontaktperson, om genomförandeplan, förekomst av rutiner för olika problemsituationer, t.ex. vid misstanke om den enskilde är undernärld eller felnärld, samarbete med anhöriga och schemalagd rutin för möten med sjuksköterska, läkemedelsgenomgångar etc. I särskilt boende frågas också om förekomst av boråd, rutiner vid måltider, utbud av ”aktiviteter” och tillgång till styrke- och balansträning. De särskilda boendena tillfrågas också om antal sjuksköterskor och antal omsorgspersonal per antalet bostäder och andel omsorgspersonal med adekvat utbildning.

Frånsett de sista uppgifterna, som tydligt anger strukturella förutsättningar, är det svårt att kunna bedöma om frågorna speglar kvaliteten i verksamhetens processer. Även om det finns planer och rutiner så vet vi inte vilken betydelse de har i praktiken, eller ens vad som står i dem. Enhetsundersökningen har därmed ett begränsat värde när bedömningar ska göras på nationell nivå liksom när jämförelse ska göras mellan olika enheter.

Kommunundersökning

Socialstyrelsen sänder årligen (med undantag för 2015) ut en enkät till kommunerna (stadsdelar i de största städerna) om olika delar av socialtjänstens verksamhet, där vissa frågor specifikt avser äldreomsorgen, bl.a. om antal biståndshandläggare och om någon modell för strukturerat arbetssätt, t.ex. ÄBIC/IBIC, används vid utredning och uppföljning av individärenden och även på aggregerad nivå.

Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)

Den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA, medlemmar: svenska staten och SKL) ansvarar för kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). Här finns cirka 3 500 olika nyckeltal samlade, flertalet hämtade från andra källor, vissa insamlade av RKA själv. De berör många delar av landstingens och kommunernas ansvarsområden.

Vad gäller hemtjänsten kan kommunerna t.ex. lämna uppgifter om utbud av och frekvenser för vissa typer av insatser, om man kan välja tid för insats, om hjälpen ska utföras av man eller kvinna, och om man erbjuder social dagverksamhet.

För det särskilda boendet finns uppgifter om bl.a. andel boendeplatser där den boende erbjuds egen tid dagligen, tillgång till Internet-uppkoppling, kvälls/nattmål, själv välja tid för när man ska gå upp respektive gå och lägga sig, möjlighet att tala sitt modersmål med sin kontaktperson och möjlighet för make/maka att bo tillsammans.

15.7 Presentation av nationella uppföljningar

Äldreguiden

Mitt förslag: Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utreda validiteten i de frågor som i dag används i brukarundersökningen och enhetsundersökningen, och med ledning av den forskning jag föreslår att Forte ska stödja om hur kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen om äldre personer kan följas på nationell nivå göra erforderliga förändringar i Äldreguiden.

Min bedömning: Äldreguidens roll att utgöra ett stöd och underlätta för äldre personer och deras anhöriga att göra ett informerat val av utförare är viktigt. Det finns emellertid en osäkerhet hur valid den officiella statistik som används till Äldreguiden är avseende verksamheternas kvalitet.

Äldreguiden riktar sig till de äldre och deras anhöriga, t.ex. inför val av utförare. I Äldreguiden redovisas per enhet svaren på vissa av frågorna från brukarundersökningen och enhetsundersökningen.

Urvalet är gjort för att med de indikatorer som finns tillgängliga kunna spegla för kvaliteten viktiga aspekter.

För det särskilda boendet redovisas frågor inom områdena personal och utbildning, inflytande och delaktighet, aktiviteter och träning och måltider. Inom hemtjänsten redovisas vissa uppgifter om personal (enhetens uppgift om vilka språk som kan tillgodoses, omsorgsmottagarnas bedömning av hur personalen utför sina arbetsuppgifter och om de har tillräckligt med tid), inflytande och delaktighet (omsorgsmottagarens bedömning av möjlighet att påverka och enhetens egna uppgifter om kontaktperson och genomförandeplan) samt helhetsomdöme.

Den tillgängliga statistiken som används för Äldreguiden har, som jag redovisat ovan, begränsningen att de indikatorer som används inte är validerade, och bara mäter delar av det som är kvalitet i vård och omsorg. Därför ser jag det som önskvärt att det blir möjligt att i forskningsprojekt pröva den nuvarande statistikinsamlingen som en grund för fortsatt utvecklingsarbete. Innan ett sådant arbete kommit till stånd bör Äldreguidens roll som hjälpmedel för den äldre personen och dennes anhöriga att göra informerade val av utförare tonas ned.

Öppna jämförelser

Min bedömning: Öppna jämförelser är ett viktigt redskap för att följa vissa indikatorer över tid och bidra till huvudmännens och utförarnas utvecklingsarbete. De har också sina begränsningar och behöver fortsätta att utvecklas, inte minst vad gäller indikatorer för de sociala insatserna. Det pågår ett arbete med att utveckla indikatorer som är evidensbaserade och tillräckligt säkert kan spegla olika kvalitetsområden. Det är därför angeläget att parterna inom ramen för den nationella handlingsplanen för åren 2015–2018 noga analyserar vilka indikatorer som kan användas, vilka som bör utmönstras och hur nya ska kunna utvecklas. Jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet bör särskilt beaktas i det arbetet.

En modell för utveckling av kvalitetsindikatorer togs fram av Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2007. Som en del i regeringens arbete med att etablera en mer evidensbaserad praktik gav regeringen 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med SKL intensifiera arbetet med att ta fram uppgifter inom socialtjänsten och hemsjukvården. En gemensam nationell strategi arbetades fram. Enligt den ska öppna jämförelser främja och stödja de beslutsfattare som är nära verksamheten i det systematiska förbättringsarbetet, stödja forskning och underlätta för medborgarna att göra informerade och fria val.⁴⁸

För sjätte året i rad publicerade Socialstyrelsen och SKL i mars 2016 Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre. En rad olika datakällor används som underlag för jämförelserna. De primära källor som används är:

- Socialstyrelsens undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen
- Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)
- Socialstyrelsens enkät enhetsundersökningen
- Officiell statistik (socialtjänst- patient- och läkemedelsregistren, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, befolkningsstatistik)
- Kvalitetsregister (Senior Alert, Svenska Palliativregistret; Riksstroke).

Totalt redovisas 31 indikatorer inom områden som boende, levnadsvanor, hälsoproblem, vård och omsorg, sammanhållen vård och omsorg, läkemedel samt 15 bakgrundsmått. Avsikten är att de indikatorer som används ska vara sådana som är påverkbara för landsting och kommuner.

Syftet är att kunna jämföra kvaliteten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela landet, som underlag för uppföljning och utveckling. Kommunerna redovisas för de olika indikatorerna i rangordning från ”bästa” till ”sämsta” värde, och med färgmarkeringar för rött (”dåligt” relativt övriga kommuner, de 25 procent med lägst

⁴⁸ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015). *Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018.*

värden), gul ("medel", de 50 procent kommuner som ligger i mitten) och grönt ("bra" relativt övriga kommuner).

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp arbetet med att utveckla Öppna jämförelser. I sin sammanfattning konstaterade Socialstyrelsen 2015 att

Öppna jämförelser av socialtjänsten och hemsjukvården har fått genomslag och används i dag i hög utsträckning av kommunerna. Jämförelserna har bidragit till en ökad uppmärksamhet på kvalitet inom socialtjänsten. De fungerar som ett av flera stöd för nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde.⁴⁹

I en rapport från FoU i Väst redovisas en studie i tre västsvenska kommuner. Studien har avgränsat sig till de indikatorer som används inom äldreomsorgen. I två kommuner hade öppna jämförelser fått stort genomslag. Dessa båda kommuner anpassade sig till de öppna jämförelserna och la ner mycket tid på att ta fram och använda data. Trots detta fanns det bland användarna påtagliga tvivel till datauppgifternas kvalitet, och en uppfattning att det var en slagsida mot hälso- och sjukvård. Synpunkter som framfördes var att de "hårda" indikatorerna inte förmår fånga upp äldreomsorgens mjukare aspekter och att de hämmade kreativitet och innovationer. Det ansågs också finnas en risk att man anpassar registreringen till önskvärda resultat. Den kommun som ägnade minst uppmärksamhet och tilltro till öppna jämförelser hade en bättre utveckling enligt Öppna jämförelser än den kommun som ägnade störst uppmärksamhet och tid åt dessa jämförelser.⁵⁰

I en nationell enkät 2013 uppgav nästan två tredjedelar av tillfrågade socialchefer och verksamhetschefer att öppna jämförelser ökat deras intresse för kvalitetsfrågor i äldreomsorgen. Däremot anser bara enstaka socialchefer och ingen verksamhetschef att Öppna jämförelser ger en valid bild av kvaliteten.⁵¹

⁴⁹ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014, slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.

⁵⁰ Lindgren, Lena, Ottosson, Maria och Salas, Osvaldo. *Öppna jämförelser, ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Göteborg: FoUiVäst rapport 2:2012.

⁵¹ Hanberger, Anders, Nygren, Lennart, Andersson, Katarina och Lindgren, Lena. *Tillsyn och öppna jämförelser: exemplet äldreomsorgen*. Umeå universitet, 2015.

Det fråntar inte det värde som många kommuner uppfattar att Öppna jämförelser har utan visar på de begränsningar som finns och som behöver minimeras.

Utvecklingsarbete

Socialdepartementet har i samarbete med Socialstyrelsen, SKL, Famna och Vårdföretagarna (den nationella samordningsgruppen för öppna jämförelser) arbetat fram en handlingsplan för åren 2015–2018. Målen är en ökad relevans och ökad användbarhet för de öppna jämförelserna.

Handlingsplanen ska under åren 2015–2018 bidra till en förenklad inrapportering av uppgifter och öka tillgängligheten för användarna av öppna jämförelser så att jämförelserna blir ett verktyg för styrning och utveckling av socialtjänstens insatser.

I handlingsplanen konstateras att de riktade enkätundersökningarna är en viktig bas för öppna jämförelser främst då avseende struktur- och processindikatorer. För att i större utsträckning kunna redovisa indikatorer som speglar resultat för brukarna krävs enligt handlingsplanen en utveckling av befintliga datakällor. Handlingsplanen pekar på att ÄBIC/IBIC behöver utvecklas för att få en enhetlig beskrivning av äldres behov av äldreomsorgen, liksom av dokumentationen inom kommunal hälso- och sjukvård (klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ).⁵²

Kostnadsuppgifterna i det kommunala Räkenskapsammandraget bör enligt handlingsplanen utvecklas enligt förslag Socialstyrelsen lämnat. I Socialstyrelsens förslag anges bl.a. att skilja ut särskilda boenden, dagverksamhet respektive hemtjänst med inriktning på personer med demenssjukdom från övriga särskilda boenden/dagverksamhet/hemtjänst. Uppgifterna ska delas upp på permanent särskilt boende, korttidsplats och ordinärt boende.⁵³

⁵² Regeringskansliet, Socialdepartementet. *Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018*. (2015).

⁵³ Socialstyrelsen. *Förslag på uppgifter för vård och omsorg i RS. För insamling i Räkenskapsammandrag för kommuner*. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.

15.8 Myndigheternas uppföljning

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IVO ansvarar också för viss tillståndsprövning. I tillsynsuppdraget ingår handläggningen av lex Sarah- och lex Maria-anmälningar och kommunernas rapportering av ej verkställda beslut.

Ett syfte med tillsynen är att bidra till en säker vård och omsorg, och att den bedrivs med god kvalitet och i enlighet med lagstiftning och föreskrifter. En del i detta är analys och vägledning, och kunskapsåterföring. IVO:s vision är att myndigheten ”har koll, skapar lärande och gör vården och omsorgen säkrare och bättre”.⁵⁴

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har att följa upp vård och omsorg ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Myndigheten bildades 2011 och har från juli 2015 även hela socialtjänsten i sitt uppdrag. Arbetet sker inom tre huvudområden: utvärdering av nationella reformer och satsningar, problembaserad analys och granskning samt strukturerade jämförelser mellan exempelvis olika länder.

Ett exempel på studie som myndigheten har föreslagit regeringen är att analysera omotiverade skillnader inom socialtjänsten (i första hand äldreomsorgen och ekonomiskt bistånd).⁵⁵

⁵⁴ Inspektionen för vård och omsorg. *Årsredovisning 2015*.

⁵⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Omotiverade skillnader i socialtjänsten. En förstudie* Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2016:2.

15.9 Effektiv vård och omsorg

Min bedömning: Att väga måluppfyllelse, olika kvalitetsmått och kostnader i förhållande till varandra är en angelägen del i arbetet för att uppnå målet för en effektiv vård och omsorg om äldre personer. För att det ska vara möjligt att göra jämförelser mellan kommuner, och följa på nationell nivå, krävs ett utvecklingsarbete såväl av Räkenskapssammandraget som av mått på kvalitet. I dagsläget är min bedömning att det inte är möjligt att göra säkra effektivitetsanalyser.

Att mäta effektivitet

I kapitel 6 har jag berört vikten av att kontinuerligt och på alla nivåer följa effektiviteten – dvs. hur väl vården och omsorgen om äldre personer uppnår sina mål med tillgängliga resurser. Används de begränsade resurserna på bästa sätt?

Det finns en risk att enkla och lätt mätbara variabler får väga för tungt när effektiviteten ska analyseras. Det finns också en risk att i allt för hög grad fokusera på hur mycket en kommun eller ett landskap får ut av varje satsad krona. Detta kan leda till en endimensionell syn på effektivitet. När effektiviteten ska värderas behöver även mer kvalitativa mål om vård- och omsorgskvalitet tas med.⁵⁶ Det är svårt men inte omöjligt.

Följa effektivitet med indikatorer

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Forte i uppdrag att, inom ramen för pågående uppdrag med satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer, stödja forskning om hur kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen om äldre personer kan följas på nationell nivå.

⁵⁶ Hansson, Sven Ove. *Rättvisa och effektivitet – en idéanalys*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2001.

Min bedömning: Det behövs en mer säker kunskap om hur väl indikatorer kan spegla om vården och omsorgen för äldre personer är säker, bra och om resurserna används på ett klokt sätt.

Om indikatorer på kvalitet ska användas som ett styrmedel i uppföljning eller ersättningssystem och vara basen för effektivitetsmätningar finns det en risk att verksamheten fokuserar på just dessa indikatorer. En sådan styrning kan, om den inte är välgrundad, innebära att verksamheterna fokuserar på områden som är förhållandevis enkla att mäta men som enbart täcker en liten del av relevanta kvalitetsfaktorer – och kanske inte ens de viktigaste. ”*Det som mäts kanske blir gjort, men det är också det enda som blir gjort*”. Andra risker är att det som mäts blir viktigare än den professionella kunskapen hos omsorgspersonalen och att verksamheten därmed avprofessionaliseras och personalen känner sig ständigt övervakad.⁵⁷

Om fokus ligger helt på vissa isolerade kvalitetsfaktorer kan det i sämsta fall leda till att den sammanlagda kvaliteten av hemtjänsten blir sämre för den äldre.

En klar begränsning är att det ännu i alltför hög utsträckning saknas forskning där de indikatorer som används i t.ex. Äldreguiden och Öppna jämförelser testats och validerats – mäter de det man tror och hur tillförlitligt är det man mäter? En indikator förväntas vara relevant, mäta vad den är avsedd att belysa, vara vedertagen, påverkbar för huvudmännen och mätbar⁵⁸ – men frågan är alltså om de indikatorer som används i dag uppfyller alla dessa kriterier.

Nyckeltal kan vara mer allmänna och behöver inte som indikatorn ange riktningen mot en önskad utveckling. Men också ett nyckeltal ska självfallet vara valid och relevant.

Syftet med kvalitetsindikatorer, och sammanställningar som Öppna jämförelser är att styra och utveckla äldreomsorgen mot högre kvalitet och effektivitet. Om Öppna jämförelser har denna förmåga vet vi dock inte särskilt mycket om.⁵⁹

⁵⁷ Lindgren, Lena, Ottosson, Maria och Salas, Osvaldo. *Öppna jämförelser, ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Göteborg: FoU i Väst rapport 2:2012, 2012.

⁵⁸ Socialstyrelsen. *Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁵⁹ Lindgren, Lena, Ottosson, Maria och Salas, Osvaldo. *Öppna jämförelser, ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Göteborg: FoU i Väst rapport 2:2012, 2012.

Om med god vård och omsorg om äldre personer förstås att den ska bidra till välbefinnande och trygghet så kan måluppfyllelsen inte bara mätas via olika indikatorer. Hur målen uppnås behöver huvudmannen ta reda på i dialog med äldre personer och gärna de anhöriga. Att följa upp hur en enskild verksamhet klarar att arbeta personcentrerat, uppnå mål om trygghet och välbefinnande, är svårt på såväl kommunal som nationell nivå – men nödvändigt.

Jag ser detta som angelägna och omfattande forskningsområden. Nuvarande satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer hos Forte bör kunna inkludera forskning avseende kvalitet och kvalitetssäkring i vård och omsorg om äldre personer.

Kostnad och utfall

I Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre personer redovisas bl.a. kostnad per invånare och kostnader per brukare för hemtjänst resp. särskilt boende. För 2014 redovisas stora differenser, för hemtjänsten lägst 119 573 kronor, högst 513 053 kronor per genomsnittlig omsorgsmottagare. I särskilt boende är skillnaden ännu större, lägst 483 681 kronor, högst 1 645 790 kronor.⁶⁰ De stora skillnaderna kan indikera såväl att kostnaden är för låg i vissa kommuner (dvs. att det med de beloppen inte går att ha en värdig äldreomsorg), att de är för höga (dvs. att det bör gå att sänka kostnaden) och att det avser helt olika typer av boende (t.ex. ett specialiserat särskilt boende med mycket hög personaltäthet och ett servicehus med låg). Skillnaderna kan också tyda på kvarstående brister i det underlag som rapporteras in till Räkenskapssammandraget.

I Öppna jämförelser redovisas också hur en viss kommuns kostnad förhåller sig till den förväntade om kommunen hade haft en för landet genomsnittlig befolkningsstruktur och kostnader (avvikelse mot standardkostnad).

I Öppna jämförelser 2016 görs ett försök att föra ihop kostnad med utfall, där Socialstyrelsen valt att exemplifiera resultatet med andel personer som i brukarundersökningen uppger att de känner

⁶⁰ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

sig mycket trygga i sitt särskilda boende. Som jag redovisat i kapitel 4 och 6 är detta inte en invändningsfri indikator. Trygghet är ett mångdimensionellt begrepp, och hur trygg den äldre personen upplever sig beror inte bara eller ens främst på hur vården och omsorgen är utformad utan mer på sådant som personlighet, tidigare livserfarenheter och aktuell social- och hälsosituation – faktorer som personalen på äldreboendet måste förhålla sig till men knappast kan påverka i någon stor utsträckning.

Göra som de mest kostnadseffektiva kommunerna?

Det hävdas ibland att eftersom vissa kommuner har mycket lägre kostnader per omsorgsmottagare än andra så finns det en betydande besparingspotential åtminstone i de kommuner som har höga kostnader i förhållande till andra. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) har i en studie granskat den kommunala effektiviteten och utvecklat en modell där man tar ett steg till i att matcha kostnader och resultat.⁶¹

Utredarna har valt att använda frågan i Socialstyrelsens brukarundersökning hur nöjd man är generellt med sin hemtjänst respektive särskilda boende. Med hänsyn till den låga svarsfrekvensen och tveksamheterna med den här typen av frågeformulering kan den dock knappast användas på det sätt som utredarna gör.

I rapporten noterar utredarna att en kostnadsminskning av den kommunala äldreomsorgen om en procent motsvarar drygt en miljard kronor. Utredarna har standardiserat för skillnader i strukturen i olika kommuner, de har dock inte valt samma modell som i skatteutjämningsystemet.

Nettokostnaden per innevånare 65 år och äldre (standardiserat enligt utredarnas modell) visar på betydande skillnader, standardavvikelsen är 8 500 kronor vilket är 17 procent av medelvärdet (51 000 kronor). Vid en jämförelse över tid från 2005 till 2014 visar det sig att kommunerna i huvudsak behåller sin plats när kommunerna ordnas efter standardiserad kostnad. Utredarna benämner

⁶¹ Arnek, Magnus, Melin, Tore och Norrlid, Anders. *Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet*. Finansdepartementet, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2016:6.

detta som skillnader i effektivitet som är bestående över tid, och de menar att det antyder viss brist på förändringsberedskap.⁶²

Det utredarna fått fram vid sina analyser är dock snarare mått på produktivitet än effektivitet. Problemet med att fånga effektiviteten är, som författarna till ESO-rapporten också påpekar, bristen på valida mått som mäter kvaliteten.

Sammantaget kan därför konstateras att det ännu inte är möjligt att göra effektivitetsjämförelser mellan kommuner. Här finns ett viktigt utvecklingsområde, för att kunna göra effektivitetsbedömningar där resultat, mätt på ett trovärdigt sätt, och kostnader jämförs mellan kommunerna.

Socialstyrelsens handbok om effektivitetsanalyser

Socialstyrelsen har arbetat fram en handbok om effektivitetsanalyser⁶³ för beslutsfattare och verksamhetsutvecklare. Handboken ska ge en vägledning vid produktivitets- och effektivitetsanalyser. I handboken påtalas vikten av att välja perspektiv, och den framhåller bl.a. att

- ett renodlat verksamhetsperspektiv kan vara för begränsat och komma i konflikt med ett samhällsekonomiskt perspektiv, t.ex. att en sjukhusklinik börjar skriva ut patienter snabbare, vilket då ger kostnader för andra verksamheter.
- tidsperspektivet är viktigt – t.ex. vid bedömningen av förebyggande insatser, där resultaten uppstår senare än när resurserna används.
- effektiviteten kan analyseras utifrån hur målen för verksamheten uppnås
- en verksamhet som vill jämföra sig med någon annan verksamhet kan beräkna en kvot genom att dividera resursanvändningen med resultatmått, i handboken ges exemplet resultat inom rehabilitering efter stroke.

⁶² Arnek, Magnus, Melin, Tore och Norrlid, Anders. *Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet*. Finansdepartementet, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2016:6.

⁶³ Socialstyrelsen. *Handbok för effektivitetsanalyser. För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Handboken slår fast att om man inte har effektresultat går det inte att analysera effektivitet, man får då nöja sig med att följa produktiviteten.

15.10 Följa upp den nationella kvalitetsplanen

Mitt förslag: Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att, i samverkan med berörda parter, utveckla modeller för att beskriva status för vården och omsorgen om äldre personer, som bas för en kontinuerlig uppföljning av den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer.

Min bedömning: För att en nationell kvalitetsplan ska få genomslag krävs att den följs upp. Det behöver vara möjligt att på såväl nationell, regional som kommunal nivå kunna följa att utvecklingen går åt det önskade hållet och uppfyller uppsatta mål. Därför behövs en samlad bild och ingångsvärden i syfte att skapa en plattform för en beskrivning av läget när den nationella kvalitetsplanen beslutas. Denna beskrivning bör sedan ligga till grund för en uppföljning vid början av varje mandatperiod under den period om 16 år som kvalitetsplanen omfattar.

För att kunna bedöma om de åtgärder som föreslås i den Nationella kvalitetsplanen ger önskvärda effekter krävs att nuläget beskrivs. Det bör enligt min bedömning bli ett uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla en sådan uppföljning.

Eftersom det inte går att med enkla mått på nationell nivå fånga kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer får nulägesbeskrivningen koncentrera sig på några delområden. Att kombinera kvantitativa mått med kvalitativa uppföljningar är ett viktigt område som gärna kan utvecklas i samverkan med forskare.

Hänsyn behöver också tas till andra viktiga planer inom vård och omsorg om äldre personer, som t.ex. den kommande demensplanen som Socialstyrelsen arbetar med, liksom olika statliga satsningar inom utbildning, arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik etc. Hur samverkar och stöder olika statliga satsningar och nationella planer varandra, och finns det en risk att de krockar eller till och med motverkar varandra?

Uppdraget behöver samordnas med de regelbundna uppföljningar Socialstyrelsen redan gör, som t.ex. lägesrapporterna Vård och omsorg om äldre.

En början

Det finns inte en färdig form som direkt kan användas för att ge en nulägesbeskrivning av hur vården och omsorgen fungerar för äldre personer. Jag redovisar här exempel på indikatorer som sannolikt bör kunna användas. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla formerna för att ge en nulägesbeskrivning och kunna följa vilket genomslag intentioner och förslag i den nationella kvalitetsplanen har. Denna "baseline" bör sedan följas upp vart fjärde år för att kunna presenteras i början av varje ny mandatperiod som vägledning för prioriteringar och eventuella förändringar av planen.

Utbud och tillgänglighet till äldreomsorg och hemsjukvård

I Öppna jämförelser finns, som jag nämnt, bl.a. uppgifter om andel äldre med hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende resp. vård och omsorg i särskilt boende av alla som är 65 år och äldre, vilket är grova men dock mått på täckningsgrad, dock inte alls kopplade till vilka behov som finns i kommunen. De bör dock för att bli användbara kompletteras med att standardisera för befolkningssammansättningen utifrån bl.a. åldersgrupper och inkomst (som mått på socioekonomiska skillnader). För närvarande torde de variabler som finns i skatteutjämningsystemet vara de som enklast går att använda.

Ett mått som bör utvecklas är andel personer som har hemtjänst respektive bor i ett särskilt boende med inriktning på personer med demenssjukdom av totala antalet som kan antas ha en demenssjukdom (skattad med ledning av prevalens och befolkningsstatistik).

Ett annat mått som bör utvecklas är möjligheten att få hemtjänst på sitt modersmål om man själv önskar det. Det samma gäller urfolk och nationella minoriteter, liksom teckenspråkstalande. Befintliga indikatorer kan göras mer tydliga.

Utbudet av annan specialiserad hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende för t.ex. personer med långvarig psykisk sjukdom bör samlas in.

Kommunernas stöd till anhöriga och kommunernas uppsökande verksamhet, liksom förekomst av sociala dagverksamheter och träffpunkter och annan form av förebyggande arbete bör synliggöras, lämpligen i den statistikinsamling Socialstyrelsen ansvarar för.

Det är också önskvärt att få en nationell statistik över utbudet av trygghetsbostäder och andra bostäder som riktar sig till äldre personer som är ännu mer heltäckande än den som Boverket i dag kan redovisa.

Exempel på indikatorer vid uppföljning av den nationella kvalitetsplanen

Bemanning och utbildning

Följande indikatorer bör övervägas, utvecklas och – om de visar sig funktionella och möjliga – användas:

- Antal årsarbetare (alla yrkeskategorier i utförarledet) i särskilt boende dividerat med antal boende.
- Antal årsarbetare (alla yrkeskategorier i utförarledet) i hemtjänsten dividerat med det totalt utförda antalet timmar.
- Andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning.
- Antal medarbetare per enhetschef.
- Andel undersköterskor som har yrkesutbildning för sitt arbete.
- Sysselsättningsgraden för undersköterskor.
- Andel visstidsanställda undersköterskor.
- Sjuktalet för undersköterskor.
- Andelen män bland anställda i samtliga yrkesgrupper.

I kapitel 8 redovisar jag mer utförligt lämpliga strukturmått för personal.

Teambaserat arbetssätt

Följande indikatorer bör övervägas, utvecklas och om de visar sig funktionella och möjliga användas:

- Andel personer som är beviljade hemtjänst och/eller har hem-sjukvård som får den från ett multiprofessionellt team som kan ge samordnade insatser (hälso- och sjukvård, omvårdnad, rehabilitering och omsorg).

I kapitel 10 har jag redovisat vad jag avser med ett multiprofessionellt team.

Maten och måltiden

De frågor som finns om maten och måltidssituationen för personer som bor i särskilt boende bör också ställas till de som har hemtjänst där beredning av mat eller leverans av mat ingår.

Uppgifter om andel av de som bedömts ha risk för undernäring som får någon form av insats kan på aggregerad nivå hämtas från Senior Alert.

Hur måltidssituationen utformas är en naturlig del i deltagande observationer, och det skulle kunna möjliggöra att vissa uppgifter sammanställs på ett strukturerat sätt.

Förebyggande och rehabiliterande

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för rehabilitering. Socialstyrelsen har därvid identifierat ett antal utvecklingsområden för indikatorer om äldres rehabilitering. Bland dessa kan nämnas proaktiv och tillgänglig vård och sammanhållen vård och omsorg – den sistnämnda utifrån kunskapen om värdet av teambaserat rehabiliteringsarbete.⁶⁴

En indikator på hur strukturerat kommunernas vård och omsorg om äldre personer arbetar med prevention kan vara i hur hög

⁶⁴ Socialstyrelsen. *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

utsträckning kvalitetsregistret Senior Alert används för uppföljning och verksamhetsutveckling.

Ett mått där insatser från såväl landstingets som kommunernas hälso- och sjukvård mäts är förbättringar i ADL-förmåga ett år efter stroke.

Välfärdsteknik

Det saknas indikatorer inom området välfärdsteknik. För att ge en ökad kunskap om förekomst kan följande indikator övervägas:

- Utbudet av och tillgängligheten till välfärdsteknik i kommunen.
- Antal och andel personer som genom kommunens försorg har sådana tekniska lösningar.

De indikatorerna speglar dock bara förekomst och inte om välfärdstekniken är bra för den äldre person som använder den. Den typen av mått behöver utvecklas i det fortsatta arbete jag föreslår att Socialstyrelsen ska genomföra.

Uppföljning och systematiskt arbetssätt

Följande indikatorer bör övervägas, utvecklas och om de visar sig funktionella och möjliga användas:

- Är kommunen med i en regional FoU-miljö (ja/nej)
- Andel särskilda boenden resp. hemtjänst- och hemsjukvårdsenheter i kommunen som använder kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativregistret, BPSD-registret och SveDem.
- Andel biståndsbeslut som följs upp med systematiska metoder (t.ex. IBIC), och om uppgifter från den individuella uppföljningen aggregeras på kommunnivå (ja/nej).
- Andel hemtjänstenheter, dagverksamheter och särskilda boenden som haft deltagande observation av personal från kommunen under de senaste tolv månaderna.

15.11 Utvecklingsområden för den nationella uppföljningen

Äldreguiden och Öppna jämförelser

Den årliga nationella uppföljningen behöver, som jag redovisat ovan, utvecklas. Det saknas bra resultatmått. Det krävs ett fortsatt utvecklingsarbete med indikatorer och nyckeltal. De bör kunna belysa de olika dimensioner av kvalitet som Socialstyrelsen tagit fram och som jag redovisat i kapitel 6. Socialstyrelsen arbetar utifrån den ovan nämnda handlingsplanen för öppna jämförelser, där det som övergripande målsättning framhålls vikten av att ta fram indikatorer med utgångspunkt i aktuell forskning och beprövad erfarenhet⁶⁵. I det arbetet görs en åtskillnad mellan myndighetsuppdraget (kommunnivå) och utföraruppdraget (hemtjänstverksamheter och särskilda boenden).

I en rapport konstaterar Socialstyrelsen bland annat att det finns behov av kunskapsunderlag inom äldreområdet⁶⁶. I den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs kunskapen genom olika kvalitetsregister, men även här skulle kunskapsunderlag, helst med rekommendationer, kunna tjäna som stöd för utveckling av indikatorer och verksamheternas uppföljningar.

Under 2017 och 2018 prioriterar Socialstyrelsen, enligt den ovan nämnda handlingsplanen, arbetet med att utveckla resultatindikatorer, där så är möjligt och oavsett förekomst av datakällor.⁶⁷

På alla nivåer – enheten, kommunen, nationellt – krävs att man använder sig av olika sätt att fånga hur kvaliteten i vården och omsorgen om äldre är och utvecklas. Det är därför nödvändigt att använda både kvalitativa metoder, som observationer och intervjuer, och på nationell nivå kvantitativa som enkäter till omsorgsmottagare, kommuner/landsting och utförare.

Särskilt angeläget ser jag det att utveckla former för den kvalitativa uppföljningen, med metoder som observation och samtal/intervjuer, och hur erfarenheter från dessa former av uppföljning kan användas på utförar- och kommunnivå, och vad i dessa som kan tillföra den

⁶⁵ Regeringskansliet, Socialdepartementet. *Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018*. 2015.

⁶⁶ Socialstyrelsen. *Socialtjänstens behov av kunskapsunderlag. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

⁶⁷ Underhandsinformation från Marianne Lidbrink, Socialstyrelsen 2017-01-10.

nationella nivån en mer fördjupad kunskap om vården och omsorgen om äldre personer.

Utmaningen är att kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder, så att inte de mer lättbeskrivna indikatorerna och nyckeltalen tillåts dominera på den kvalitativa kunskapens bekostnad. Detta är ett viktigt utvecklingsområde för all socialtjänst.

För att få ett bättre grepp om vilka insatser de äldre personerna får, bör den nuvarande nationella statistiken kunna kompletteras med uppgifter som hämtas från kommunernas registrering av biståndsbeslut enligt ÄBIC/IBIC. Detta är ett utvecklingsområde som Socialstyrelsen arbetar med.

Jag ser det som glädjande med det omfattande arbete, som jag redovisat ovan, som sker på dessa områden. Jag välkomnar ett stöd via forskningen för att ge en ännu säkrare kunskap om vilka former och metoder som är mest relevanta för att säkra kvaliteten. Det är bl.a. nödvändigt att forskningsmässigt utvärdera hur valida brukarundersökningen och enhetsundersökningen är vad gäller att kunna använda dem för kvalitetsuppföljning, jämförelser och utvecklingsarbete. Ett långsiktigt systematiskt arbete kan också säkerställa möjligheten att på sikt uppnå en jämlik och jämställd vård och omsorg om äldre personer.

Behov av underlag och analys

Det är angeläget med statistik som belyser olika aspekter, som utbildning, ekonomi, etnicitet för att kunna se om det finns strukturella skillnader i hur vården och omsorgen ges. Det är en viktig del i att kunna säkerställa en jämlik vård och omsorg.

Jag kan konstatera att statistik och forskning avseende vård- och omsorg om äldre sällan är uppdelad på kön, utbildningsbakgrund och liknande. Det ökar svårigheterna att göra analyser som underlag för att rikta insatserna så att de kan bidra till en ökad jämställdhet.

I uppdraget till den särskilde utredare som ska förbereda och genomföra bildandet av den nya jämställdhetsmyndigheten anges att myndighetens arbete ska vara långsiktigt och fokusera på att minska ojämlikheten mellan könen. Den kommande myndigheten ska bl.a. svara för analys och uppföljning av utvecklingen mot jämställdhet, och vara ett stöd till myndigheter, landsting, regioner och kommuner i genomförandet av jämställdhetspolitiken. Den bör då kunna bli en resurs för att främja en jämställd vård och omsorg om äldre personer.

16 Översyn av socialtjänstlagen m.m.

I mitt arbete med att ta fram förslag till en Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer har jag på flera områden fått synpunkter som, enligt min mening, är centrala för kvaliteten på insatser inom äldreomsorgen. Synpunkterna rör grunderna för socialtjänsten och hur äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och berör därmed övriga verksamhetsområden som regleras i socialtjänstlagen. Min bedömning är att dessa frågor är av sådan principiell art att de inte bör hanteras enbart för äldreomsorgen utan inom ramen för en översyn av socialtjänstlagen.

16.1 Bakgrund

I en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer med målet att uppnå en jämlik och jämställd vård och omsorg i hela landet måste principiella och äldrepolitiskt viktiga frågor beaktas.

Den generella välfärden och övergripande äldrepolitiska ställningstaganden ligger klart och tydligt utanför min utrednings direktiv. Men jag vill ändå i detta kapitel belysa ett antal frågor av principiell karaktär för en jämlik och jämställd vård och omsorg.

Skillnader i ekonomiska förhållanden för äldre personer har betydelse för förutsättningarna för hur de äldre personerna kan ordna sin tillvaro. De som har låg pension och begränsade tillgångar har sämre förutsättningar för att göra vissa val som att ordna en bra bostad att åldras i, inköp av mat eller av matlåda som tillhandahålls av kommunen och delta i sociala och kulturella aktiviteter för att ta några exempel. För dem är det särskilt viktigt med en väl fungerande vård och omsorg, och att den tillhandahålls solidariskt och med

avgifter som inte hindrar äldre personer att efterfråga den vård och omsorg hen behöver.

Vård och omsorg om äldre påverkar alla – den äldre personen själv, dennes anhöriga, personalen och oss alla för att vi ska kunna se fram emot vår ålderdom med trygghet. Hur vården och omsorgen om äldre ges prioritet eller ej, vilken kvalitet och tillgänglighet den har är av betydelse för förtroendet för samhället och vårt gemensamma samhällskontrakt.

Det är också viktigt med ett äldrevänligt¹ samhälle – en fråga för den generella bostadspolitikerna, för hur vi utformar våra offentliga lokaler, utemiljö och kollektiva kommunikationer, tillgången till service och för den generella folkhälsopolitiken för att nämna några områden.

Jag vill därför i detta kapitel inledningsvis lyfta följande frågor som jag också tagit upp i en skrivelse till äldreminister Åsa Regnér i september 2016.² De frågorna är:

Skälig levnadsnivå kontra goda levnadsvillkor

Ska nivån på de insatser som tillhandahålls inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ge ”skälig levnadsnivå”? Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ge ”goda levnadsvillkor”.

Individuell behovsprövning eller inte?

Ska grunden för tillhandahållande av individuellt inriktade insatser enligt socialtjänstlagen vara en individuell behovsprövning eller inte?

¹ Världshälsoorganisationen (WHO) har ett nätverk för äldrevänliga städer. Nätverket består i dag av över 300 medlemsstäder och i Sverige är Göteborg och Uppsala medlemmar. Syftet med medlemskapet är att förbättra äldre personers möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor. Se vidare WHO:s webbplats om Global Network for Age-friendly Cities and Communities.
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>

² Se vidare bilaga 4.

Stöd till den enskilde eller tillhandahållande av vissa tjänster?

Ska inriktningen på insatser inom socialtjänsten enligt socialtjänstlagen även i fortsättningen vara att biståndet är utformat så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv eller ska äldreomsorgen ha i uppdrag att tillhandahålla vissa tjänster för äldre personer?

Reglera äldreomsorgen i socialtjänstlagen eller en egen lag?

Ska insatser inom äldreomsorgen tillhandahållas inom ramen för socialtjänstlagen eller ska de tillhandahållas enligt en egen lag?

16.2 Bakgrund och motiv för frågeställningarna

Lagstiftning och rättspraxis ger ofta inte någon närmare information om i vilka situationer och vilka insatser den äldre personen och dennes anhöriga kan förvänta sig från äldreomsorgen och med vilken kvalitet. Vidare är det inte tydligt vad som förväntas av nämnder på kommunal nivå och därmed blir förväntningarna på chefer på olika nivåer, handläggare och omsorgspersonal otydliga.

I olika sammanhang³ lyfts fram att äldreomsorgen hanteras på ett annat sätt i lagstiftningen än insatser till yngre vuxna personer, dvs. personer i åldern 18–64 år.

³ Erlandsson, Sara. *Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service*. Diss., Stockholms universitet, 2014., Schön, Pär. Socialtjänstlagen – ett tidsdokument från en svunnen tid? *Äldre i Centrum* nr 2/2014. Jönson, Håkan och Harnett, Tove. (red.) *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur, 2015., Szebehely, Marta och Trydegård, Gun-Britt. Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2–3, 2007: 197–219.

16.3 Skälig levnadsnivå eller goda levnadsvillkor

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen i direktiven till den kommande översynen av socialtjänstlagen tar upp frågan om nivån på de insatser som tillhandahålls inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska ge ”skälig levnadsnivå”? Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ge ”goda levnadsvillkor”.

Min bedömning: Det finns goda skäl att belysa frågan om skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor på ett fördjupat sätt då detta påverkar grundprinciperna i socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS. I detta ligger också behovet av en grundlig analys av hur eventuella förändringar påverkar målet att uppnå en jämställd och jämlik äldreomsorg.

Socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

När det gäller omsorg för äldre personer kan insatser tillhandahållas enligt både socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Avgörande för om den äldre personen (65 år och äldre) ska få insatser enligt SoL eller LSS är om de bedöms tillhöra någon av de tre personkretsarna, och när det gäller personkrets tre så får funktionsnedsättningen inte i huvudsak bero på åldrande. Alla personer – oavsett ålder och funktionsnedsättning – omfattas av SoL. LSS och i vissa fall även av 51 kap. Socialförsäkringsbalken (assistansersättning) omfattar, under vissa förutsättningar, personer med utvecklingsstörning, autism, autismsliknande tillstånd eller betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder eller varaktig fysisk eller psykisk funktionsnedsättning som medför betydande svårigheter i det dagliga livet och omfattande hjälpbehov och som ”inte uppenbart beror på normalt åldrande”.

Utformningen av dessa lagar skiljer sig åt. Socialtjänstlagen är en ramlag med några rättighetsbestämmelser där det anges att enskilda

har rätt till bistånd om de *inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt*. Det anges inte i lagen närmare vilka insatser som den enskilde kan beviljas eller vilka orsaker som ger rätt till bistånd. LSS är utformad som en rättighetslag där det tydligt anges att personer som tillhör någon av de tre personkretsar som räknas upp i lagen (1 § LSS) har rätt till insatser om de *behöver sådan hjälp och om behoven inte tillgodoses på annat sätt* (7 § LSS). I lagen anges de tio insatser som den enskilde kan beviljas (9 § LSS).

Enligt 4 kap. 1 § SoL ska den enskilde genom beviljat bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Enligt 7 § LSS ska den enskilde genom insatserna som beviljats tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Av bestämmelsen i SoL framgår inte vad som avses med begreppet skälig levnadsnivå. I förarbeten till den tidigare socialtjänstlagen anfördes att det skulle vålla stora svårigheter att närmare ange vad som avses med skälig levnadsnivå i lagtexten. Detta måste bedömas med utgångspunkt i den tid och de förhållanden vilka den hjälpbehövande lever i. Det måste därför överlämnas åt kommunerna att fastställa vilken levnadsnivå som ska anses skälig.⁴ I senare förarbeten beskrivs skälig levnadsnivå som ett uttryck för kvaliteten i insatsen och vilken ambitionsnivå som kan vara rimlig i ett enskilt fall mot bakgrund av rättighetsbestämmelsens syfte, det vill säga en yttersta garanti för medborgarnas livsföring i olika avseenden.⁵

I olika sammanhang har framförts att ”skälig levnadsnivå” har blivit en miniminivå eller ett tak för nivån på insatser, till skillnad från det som beskrivs i förarbeten till socialtjänstlagen.⁶

Det finns inte heller tillräcklig vägledning i rättspraxis om vad som utgör skälig levnadsnivå.

⁴ Proposition 1979/80:1 Del A. *Om socialtjänsten*. s. 186.

⁵ Proposition 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.* s. 80.

⁶ Svensson, Gustav. *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor: bedömning i förvaltningsdomstolar*. Stockholm: Norstedts juridik, 2000., Szebehely, Marta och Trydegård, Gun-Britt. Hur mycket självbestämmande ryms det i skälig levnadsnivå? Socialtjänstlagens visioner och äldreomsorgens realiteter. I *Tre decennier med socialtjänstlagen – utopi, vision, verklighet*, Pettersson, Ulla (red.), Malmö: Gleerups, 2014., Werkelin Ahlin, Anna. *Skäligt är inte gott nog – en rapport om äldres boende*. Stockholm: Kommunal, 2016., Akademikerförbundet SSR. *Inför översyn av socialtjänstlagen*. Skrivelse till Socialdepartementet daterad 2016-02-16.

Kritik mot skillnaderna mellan SoL och LSS

Det finns en kritik från olika håll, forskare, pensionärsorganisationer, fackliga organisationer m.fl., mot att lagstiftningen har olika begrepp och därmed anses ange en skillnad i kvalitetsnivå för de insatser som den enskilde beviljas enligt SoL respektive enligt LSS.⁷

I en avhandling drar Erlandsson (2014) slutsatsen att

... representationen av äldre personers funktionsnedsättning som en naturlig del av åldrandet begränsar således deras möjligheter att ställa krav på en hjälp som gör det möjligt att leva ett aktivt liv.

Hon fortsätter att

I äldrepolitiken synliggörs hjälp som kostnad och en bristvara beroende både av ekonomiska resurser och praktiska resurser i form av hjälpgivare, medan funktionshinderpolitik synliggör hjälp som en rättighet.⁸

Forskarna Marta Szebehely och Gun-Britt Trydegård ställer frågan;

... om äldreomsorgen som en generell välfärdstjänst med ambitionen att vara attraktiv i alla sociala grupper verkligen hör hemma i en lagparagraf som reglerar samhällets yttersta skyddsnet. Vår slutsats är att skäligen levnadsnivå knappast är en rimlig ambition för en universell äldreomsorg. 'Goda levnadsvillkor' är en ambitionsnivå som stämmer bättre med Gustav Möllers⁹ visioner.¹⁰

Värdegrunden i socialtjänstlagen

Den 1 januari 2011 infördes en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorgen i 5 kap. 4 § SoL. Samtidigt gjordes ett tillägg i 5 kap. 5 § SoL som anger att den äldre personen så långt

⁷ Svensson, Gustav. *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor: bedömning i förvaltningsdomstolar*. Stockholm: Norstedts juridik, 2000., Nyberg, Greger. *Goda levnadsvillkor eller skälig levnadsnivå ... efter 65 år*. Lunds universitet, Socialhögskolan. Magisteruppsats, 2005., Erlandsson, Sara. *Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service*. Diss., Stockholms universitet, 2014., Jönson, Håkan och Harnett, Tove. (red.). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur, 2015., Szebehely, Marta och Trydegård, Gun-Britt. Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift nr 2-3*, 2007: 197-219.

⁸ Erlandsson, Sara. *Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service*. Diss., Stockholms universitet, 2014.

⁹ Gustav Möller var socialminister i flera omgångar under åren 1924-1951.

¹⁰ Szebehely, Marta och Trydegård, Gun-Britt. *Hur mycket självbestämmande ryms det i skälig levnadsnivå? Socialtjänstlagens visioner och äldreomsorgens realiteter*. I Ulla Petterson (red.) *Tre decennier med socialtjänstlagen – utopi, vision, verklighet*. Malmö: Gleerups, 2014.

det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Även om den befintliga lagstiftningen som rör äldreomsorg kompletterades med dessa bestämmelser, ger den inte den äldre personen rätt till ett visst bistånd. Den enskildes rätt till bistånd regleras fortfarande i 4 kap. 1 § SoL.

De mål som anges för äldreomsorgen i 5 kap. SoL 4 och 5 §§ är höga, och vittnar om lagstiftarens önskan om goda levnadsvillkor för de äldre personer som behöver äldreomsorgens insatser.

I propositionen angav regeringen i författningskommentaren att värdegrunden ”ska vara vägledande för äldreomsorgens verksamheter t.ex. vad gäller personalens bemötande”.¹¹ Personalens bemötande är beroende av många olika faktorer, som exempelvis tillräcklig tid hos den äldre personen, kompetens, tillgång till arbetsledning, handledning och tid avsatt för reflektion. Vad som ingår i biståndsbeslutet är också av betydelse för att undersköterskan ska kunna göra ett gott arbete. En förutsättning är alltså att det finns tillräckliga resurser.

Den värdiga äldreomsorgen har bäring på kommunens ambition uttryckt inte bara i målformuleringar utan även i att de ekonomiska medel som ställs till förfogande och de ersättningsnivåer som gäller för utförarna svarar mot dessa mål. Den ska vara en utgångspunkt för biståndshandläggarna. Biståndshandläggarna har en roll som innehåller dilemman – ”vakta pengar eller bedöma äldres behov” för att citera en rapport som belyser hur biståndshandläggare beskrivit hur behovsbedömning kan krocka med riktlinjer och vad som är möjliga beslut.¹² Den har betydelse för hur utföraren bemannar äldreboendet eller utformar genomförandeplanen i hemtjänsten.

Regeringen konstaterade i propositionen *Värdigt liv i äldreomsorgen* att värdegrunden inte påverkar bedömningen om bistånd, som styrs av 4 kap. SoL 1 §.¹³ Av den framgår att ”den enskilde ska genom bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå”.

¹¹ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen* s. 97.

¹² Norman, Eva. *Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2010:13.

¹³ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen* s. 24.

Behov av översyn av lagstiftningen

Att beskriva den nivå som ska tillförsäkras den äldre personen som skälig levnadsnivå¹⁴ eller goda levnadsvillkor¹⁵ speglar olika ambitionsnivåer. Det är stora frågor som spränger ramen för denna utredning. I min skrivelse till äldreministern inför översynen av socialtjänstlagen¹⁶ framhöll jag att det i direktiven till den kommande översynen av socialtjänstlagen bör ingå att ta ställning till om nivån på de insatser som tillhandahålls inom äldreomsorgen enligt SoL ska ge ”skälig levnadsnivå” eller om en anpassning bör ske till LSS, enligt vilken stöd och service till vissa funktionshindrade ska ge ”goda levnadsvillkor”.

I LSS markeras en skillnad och det är en mycket vanligt förekommande uppfattning att det också i praktiken finns en skillnad när det gäller vilken nivå insatser enligt SoL respektive enligt LSS ska ge den enskilde.¹⁷ Oavsett lagstiftarens intention att markera en skillnad, så ifrågasätts uttrycken ”skälig levnadsnivå” och ”goda levnadsvillkor”. Som exempel kan nämnas att skillnaden blir uppenbar när personer som har haft insatser enligt LSS och efter fyllda 65 år behöver andra eller mer omfattande insatser enligt socialtjänstlagen. De nya eller utökade insatserna enligt SoL ska ge ”skälig levnadsnivå” i jämförelse med de insatser som personen får enligt LSS som ska ge ”goda levnadsvillkor”.

I min skrivelse till äldreministern pekade jag vidare på att frågan om brister i lagstiftning och tillämpning tas upp i direktiven (dir. 2016:40) till utredningen Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (s. 8 och s. 18). Där anges att ”Lagen ger stort tolkningsutrymme och definierar t.ex. inte begreppen goda levnadsvillkor, delaktighet och självständighet och redovisar inte heller vad att ’leva som andra’ i praktiken innebär.” Utredaren har därför fått i uppdrag att lämna förslag till hur de kriterier som ska ligga till grund för bedömningen av rätt till och omfattning av insatser kan definieras

¹⁴ Några synonymer: rimlig, lagom, tillbörlig.

¹⁵ Några synonymer: bra, rejäl, ordentligt tilltagen.

¹⁶ Inför översyn av socialtjänstlagen, skrivelse från Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen 2016-09-13 till Äldreminister Åsa Regnér. Se bilaga 4.

¹⁷ Svensson, Gustav. *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor: bedömning i förvaltningsdomstolar*. Norstedts juridik, 2000. Erlandsson, Sara. *Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service* Diss. Stockholms Universitet, 2014. Jönson, Håkan och Harnett, Tove. *Socialt arbete med äldre*. Natur & Kultur, 2015. Szebehely, Marta och Trydegård, Gun-Britt. *Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? Socialvetenskaplig tidskrift nr 2–3 2007*.

tydligare och mer transparent så att bedömningskriterier vid prövning av rätt till insatser inte blandas samman med målen i lagstiftningen.

De allra flesta kommuner har tagit fram riktlinjer för hur rätten till olika insatser inom äldreomsorgen ska bedömas och ibland formulerat vad kommunen anser ger skälig levnadsnivå.¹⁸

Det kan finnas flera skäl till att en kommun tar fram riktlinjer för behovsbedömning inom äldreomsorgen. Ett är att riktlinjerna ska vara till stöd för biståndshandläggare och andra beslutsfattare, när de gör bedömningen av den äldre personens rätt till insatser och bidra till en likvärdig bedömning mellan handläggare för att öka rättssäkerheten. En risk som finns är att riktlinjer blir så styrande att den enskildes behov av insatser inte prövas individuellt enligt lagstiftningen och att den enskildes rättigheter därmed inskränks.¹⁹ Det finns skäl att tro att detta också skapar stora skillnader mellan kommuner, vilket påverkar målet med en jämlik och jämställd omsorg om äldre personer.

16.4 Individuell behovsprövning eller inte?

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen i den kommande översynen av socialtjänstlagen tar upp frågan om grunden för tillhandahållande av individuellt inriktade insatser enligt socialtjänstlagen ska vara en individuell behovsprövning.

I olika sammanhang²⁰ har det ifrågasatts om det behövs en individuell behovsprövning när det gäller individuellt inriktade insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen. Ska kommunens uppgift i stället vara att tillhandahålla vissa i lag angivna tjänster som en äldre person kan beställa när hen vill ha tjänsten? Ska en person som uppnått en viss ålder och efterfrågar en sådan tjänst ha rätt att få den?

¹⁸ Socialstyrelsen. *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

¹⁹ Socialstyrelsen. *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen. Några vanliga frågor och svar om handläggningen – från ansökan till verklighet*. Stockholm: Socialstyrelsen, informationsbroschyr, 2013, och IVO. *Tillsynsrapport 2015. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*. Inspektionen för vård och omsorg, 2016.

²⁰ Henriksson, Sture och Önstorp, Bror. *Stöd utan krångel: Linköpingsmodellen inom svensk äldreomsorg*. 2006., Hjalmarsson, Ingrid. *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2014:2., Micko, Lena. *Ålderdomlig lag ett hinder för god service*. *Svenska Dagbladet* debattartikel 2016-05-26.

Om kommunens uppgift är att tillhandahålla vissa mer eller mindre standardiserade tjänster förändrar det i grunden utgångspunkterna för socialtjänstens arbete som det uttrycks i den så kallade portalparagrafen (1 kap. 1 § Sol) och biståndsparagrafen (4 kap. 1 § SoL). I den sistnämnda paragrafen anges att biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Ett bistånd som ska vara flexibelt och anpassat till den enskilde personens behov och önskemål. I kapitel 14 har jag belyst en del av denna frågeställning när jag behandlar så kallad förenklad handläggning. Jag är tveksam till en förändring av lagen så att den skulle innebära en rättighet till vissa specificerade tjänster, eftersom jag bedömer att det skulle inskränka den äldre personens valfrihet, inte öka den.

16.5 Reglera äldreomsorgen i socialtjänstlagen eller i en egen lag?

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen i den kommande översynen av socialtjänstlagen tar upp frågan om insatser inom äldreomsorgen ska tillhandahållas inom ramen för socialtjänstlagen eller om insatser inom äldreomsorgen ska tillhandahållas enligt en egen lag.

Det har framförts synpunkter som innebär ett ifrågasättande av att insatser inom äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen.

När socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 januari 1982 reglerades både barnomsorg och äldreomsorg i lagen – två områden som omfattade stora grupper av befolkningen i olika delar av livsloppet. År 1998 flyttades bestämmelserna om barnomsorg från socialtjänstlagen till skollagen. Det innebär att numera är äldreomsorgen det enda område i lagen som omfattar i princip alla människor som uppnår en viss ålder – 65 år och äldre.

Övriga områden och individuella insatser som regleras i socialtjänstlagen omfattar personer som någon gång under livet behöver ekonomiskt bistånd, stöd vid substansberoende, i situationer när föräldrar och barn behöver stöd av socialtjänsten eller när yngre personer (0–64 år) behöver stöd och service på grund av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

16.6 Avgifter för kommunal vård och omsorg samt kostnader för mat inom äldreomsorgen

Avgifter för kommunal vård och omsorg om äldre personer

Bestämmelserna om avgifter som en kommun får ta ut för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård finns i 8 kap. 2–9 §§ socialtjänstlagen och 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL,²¹. De anger ramarna för de avgifter kommunen får ta ut för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i dessa bestämmelser får kommunen besluta om ett avgiftssystem. Regelverket utgörs av tre huvuddelar:

- Hur den enskildes avgiftsunderlag ska beräknas, dvs. vilka inkomster får tas med när den enskildes inkomst fastställs.
- Den enskilde har rätt till ett förbehållsbelopp bestående av ett minimibelopp, uttryckt i andel av prisbasbeloppet, och boendekostnaden innan avgift får tas ut.
- Ett högkostnadsskydd där det i lagen anges en högsta avgift som kommunen får ta ut i form av andel av prisbasbeloppet.

Avgiftsutrymmet beräknas med ledning av den äldre personens bruttoinkomster. Från det dras skatter, bostadskostnad och minimibeloppet. Minimibeloppet är för 2017 för ensamboende 5 057 kronor och 4 273 för sammanboende. Om avgiften blir högre än avgiftsutrymmet ska avgiften jämkas. Om avgiftsutrymmet är 0 kan ingen avgift tas ut alls.

Den högsta avgift en kommun får ta ut för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård per månad är baserad på en andel av prisbasbeloppet (8 kap. 5 § SoL²²) och uppgår för år 2017 till 2 013 kronor.

²¹ Riksdagen beslutade den 1 februari 2017 i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). De paragrafer som hänvisas till i detta kapitel finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

²² Samma nivå på högkostnadsskyddet med viss procent av basbeloppet återfinns i den hälso- och sjukvårdslag som träder i kraft den 1 april 2017.

Reglerna för förbehållsbelopp i SoL samt äldreförsörjningsstöd och SBTP

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen i den utredning jag föreslår om översyn av bostadstillägget för pensionärer (BTP), det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstödet även ser över kopplingen mellan bestämmelserna om skälig levnadsnivå avseende särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstöd och bestämmelserna om förbehållsbelopp (minimibeloppet) avseende avgifter för hemtjänst och hemsjukvård i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Den av mig föreslagna utredningen behöver samordnas med den av regeringen aviserade utredningen om översyn av garantipensioner m.m.

När avgiftsreformen inom äldreomsorgen genomfördes 2003 var nivåerna för minimibeloppet i socialtjänstlagen samma som skälig levnadsnivå i bestämmelserna om särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstöd. Detta förhållande bestod till och med år 2008, men förändrades inför 2009.²³ Då gjordes förändringar i bestämmelserna om skälig levnadsnivå avseende SBT och äldreförsörjningsstöd, medan nivån på minimibeloppet i socialtjänstlagen lades på en annan nivå.

En konsekvens av att ändringarna inte gjordes i socialtjänstlagen är att personer med låga inkomster som har bostadstillägg och betalar avgift för hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i dag ”förlorar” drygt 300 kronor per månad jämfört med om hen inte skulle betala avgift till kommunen.

²³ År 2008 var nivån 1,294 och 1,084 av prisbasbeloppet för ensamstående respektive sammanboende/gifta vad gäller både miniminivån och skälig levnadsnivå avseende SBTP och äldreförsörjningsstöd. År 2009 höjdes nivån för skälig levnadsnivå gällande SBTP och äldreförsörjningsstöd till 1,3546 och 1,1446 av prisbasbeloppet för ensamstående respektive sammanboende/gifta. Nivån för minimibeloppet höjdes också men inte till samma nivå, utan till 1,3412 och 1,1312 av prisbasbeloppet för ensamstående respektive sammanboende/gifta.

Kostnader för mat inom äldreomsorgen

Mitt förslag: Jag föreslår att regeringen tillsätter en utredning som ser över nuvarande rättsliga reglering av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda i ordinärt boende. Utredningen behöver särskilt uppmärksamma konsekvenserna för äldre personer med låga inkomster och vad som ska gälla om äldre personer inte har sitt förbehållsbelopp kvar när matkostnaden är betald. Vidare bör det ingå i utredningens uppdrag att kartlägga vilka skillnader det finns mellan kommunernas taxor för mat i särskilt boende och matlådor i ordinärt boende och hur tillämpningen av gällande bestämmelser skiljer sig åt. Utredningen bör särskilt uppmärksamma förhållandet mellan kommunernas avgift för mat i relation till den referenskostnad som Konsumentverket beräknat för äldre personers livsmedelskostnader. Vidare bör analyseras vad kostnaden för mat som tillhandahålls av kommunen innebär för den äldre personens ekonomiska situation och möjligheten att ha råd med en bra mathållning.

I samband med Ädel-reformen ändrades lagstiftningen om avgifter inom vård och omsorg om äldre år 1993. I de boendeformer som varit landstingsdrivna ("sjukhemmen") innan Ädel-reformen betalade patienten ("den boende") en vårdavgift per dygn enligt hälso- och sjukvårdslagen. I det som benämndes servicehus med helinackordering kunde och tog de flesta kommuner ut en "helinackorderingsavgift" som avsåg såväl bostaden och maten som omsorgen.

Det avgiftssystem som infördes efter Ädel-reformen utgick från att den äldre personen skulle ha ett hyresavtal för sin bostad i ett särskilt boende, och betala hyra²⁴ i enlighet med hyreslagstiftningen, betala för sin mat samt betala avgift för vården och omsorgen enligt regler i socialtjänstlagen (numera 8 kap. SoL).

För personer som har hemtjänst och behöver hjälp med huvudmålet kan maten levereras som matlåda. Kommunerna kan då ta betalt för maten. Enligt 5 kap. 8 § SoL ska kommunerna räkna upp minimibeloppet "i skälighetsomfattning om den enskilde på grund

²⁴ Om hyra inte kan fastställas regleras en högsta boendekostnad i 8 kap. 5 § moment 2 SoL.

av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp”. Kostnader för maten som levereras via matdistribution kan vara en sådan ”särskild omständighet”. Även i dagverksamhet kan kommunerna ta betalt för maten.

Den nuvarande regleringen utgår från förslagen i betänkandet *Bo tryggt – Betala rätt* (SOU 1999:33). I det betänkandet redovisades att flertalet kommuner då betraktade betalningen för maten som en avgift, som vid behov kunde jämkas för att den enskilde skulle ha sitt förbehållsbelopp kvar.²⁵ I propositionen *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg* reglerades inte hur kommunerna skulle ta betalt för mat. Däremot anges att fördyrade levnadskostnader ska beaktas av kommunen genom att höja nivån på minimibeloppet i skälig omfattning. Det kan bl.a. gälla fördyrad kost, t.ex. på grund av att maten erhålls via hemtjänsten i ordinärt eller särskilt boende eller i dagverksamhet eller på grund av att omsorgstagaren är yngre och därför av det skälet normalt har en högre kostnad för sin matkonsumtion.²⁶

I ett meddelandeblad om avgifter för mat inom äldreomsorgen konstaterade Socialstyrelsen 2002 att:

Någon rättspraxis finns ännu inte som klargör om bestämmelsen i 2 kap. 2 § KL utgör hinder för att differentiera avgifter för matlådor inom hemtjänsten och matservering vid särskilda boendeformer och dagverksamheter på något av de sätt som nämnts ovan. Dessförinnan är det inte möjligt att med bestämdhet ange hur frågan kan lösas med sådana avgifter för personer med låga inkomster. Om likställighetsprincipen bedömts utgöra hinder att subventionera matlådor eller serverad mat vid särskilda boenden eller dagverksamheter återstår möjligheten för den enskilde att ansöka om ekonomiskt bistånd.²⁷

I de uppföljningar som Socialstyrelsen gjorde av det nya avgiftssystemet framkom bl.a. att kostnaderna för maten skilde sig mycket mellan kommunerna, och att äldre personer med låga pensioner trots den rättsliga regleringen att räkna upp minimibeloppet riskerade att inte ha sitt förbehållsbelopp kvar när de

²⁵ SOU 1999:33. Boende- och avgiftsutredningen. *Bo tryggt – Betala rätt*, s. 31.

²⁶ Proposition 2000/01:149 *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*.

²⁷ Socialstyrelsen. Vissa frågor om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Meddelandeblad nr 9/2002.

betalt kommunernas avgift för matlåda i ordinärt boende eller maten i särskilt boende.²⁸

Regeringen lämnade ett lagförslag för yttrande till Lagrådet om att kommunerna skulle ha rätt att differentiera matavgiften utifrån den enskildes betalningsförmåga. Lagrådet uttalade att:

... det inte genomgående ter sig alldeles enkelt att i praktisk avgiftshandling göra klar åtskillnad mellan vad som ingår i respektive faller utanför hemtjänstbegreppet i situationer då färdiglagad tillhandahålls omsorgstagarna genom kommunens försorg.²⁹

Regeringen tillsatte därför år 2005 en utredning som antog namnet Matavgiftsutredningen. I dess direktiv (dir. 2015:15) angav regeringen att, om utredningen fann det möjligt, beräkningen av avgiften för färdiglagad mat inklusive distribution och uppvärmning borde omfattas av ett och samma avgiftssystem. Utredningen skulle vid förslaget utformning utgå från att den enskilde ska förbehållas tillräckliga medel för sina personliga behov. Om utredningens förslag medför kostnader eller intäktsbortfall för stat eller kommun skulle dessa finansieras inom ramen för högkostnads-skyddet för avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.³⁰

Utredningen konstaterade att:

Efter maxtaxereformen har kommunerna valt att lägga avgifterna för mat utanför hemtjänsten genom att fastställa en särskild taxa för maten. Utvecklingen har gått mot att det är färdiglagad mat som tillhandahålls både i det ordinarie och i det särskilda boendet. Det kan skilja avsevärt mellan kommunernas avgifter för den färdiglagade maten både i ordinärt och i särskilt boende.³¹

De förslag utredningen lade genomfördes inte. Skillnaderna i avgifter är alltjämt stora mellan landets kommuner. I det särskilda boendet debiterade år 2014 hälften av kommunerna en kostnad för maten som varierade mellan 2 882 och 3 373 kronor per månad.

²⁸ Wånell, Sven Erik. *Avgifter för äldre- och handikappomsorg 2004. Redovisning av två taxeenkäter till kommunerna*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.

²⁹ Lagrådet. Yttrandet refereras i SOU 2006:24 Matavgiftsutredningen. *Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen*. Bilaga 1. s. 153.

³⁰ SOU 2006:24. Matavgiftsutredningen. *Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen*.

³¹ SOU 2006:24. Matavgiftsutredningen. *Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen*. s. 14.

Den högsta kostnad någon kommun tog ut var 4 410 kronor.³² Det är för en ensamboende kvinna 2,8 gånger över Konsumentverkets referenskostnad för maten.³³

Medianpriset för en matlåda som kommunen distribuerar i hemtjänsten var 50 kronor år 2014.³⁴ Det fanns kommuner som tog ut 70 kronor eller mer per matlåda. För en månad blir kostnaden för mat för den enskilde 1 500–1 550 kronor i kommunen med medianavgiften för matlådan. Det är lika mycket som kostnaden för livsmedel under en månad beräknas kosta för en kvinna 75 år och äldre enligt Konsumentverkets hushållsbudget.³⁵

Om kommunen i stället erbjuder inhandling och enkel matlagning i hemmet bör kostnaden för den äldre personens mathållning inklusive huvudmålet kunna ligga nära det referensvärde Konsumentverket beräknat. Det innebär att en tjänst som av en del äldre upplevs som bättre – att maten lagas på plats i ens hem – blir väsentligt billigare än om den levereras som matlåda. Kostnaden för en matlåda innebär dessutom, som jag tar upp i kapitel 9, en risk att äldre personer avstår, eller delar matlådan på flera dagar.

Bara i fem procent av kommunerna sker all hjälp med mat genom att inhandla råvaror och tillaga maten i den äldre personens hem.³⁶

Vissa kommuner tar ut full kostavgift och hänvisar den enskilde att söka försörjningsstöd om inte medel finns att täcka kostnaderna. Andra kommuner jämkar t.ex. kostavgiften i särskilt boende ner till nivån för livsmedelsposten som finns inom förbehållsbeloppet. En majoritet av landets kommuner jämkar inte avgift för mat.³⁷

³² Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

³³ Konsumentverket. *Konsumentverkets beräkningar av referensvärden – för några av hushållens vanligaste utgiftsområden*. Karlstad: Konsumentverket, rapport 2013:4.

³⁴ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

³⁵ Konsumentverket. *Konsumentverkets beräkningar av referensvärden – för några av hushållens vanligaste utgiftsområden*. Karlstad: Konsumentverket, rapport 2013:4.

³⁶ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

³⁷ I Socialstyrelsens ”frågor och svar om avgifter” anges att det är möjligt om kostavgiften i särskilt boende inkräktar på förbehållsbeloppet. Kommunen ska då ha beslutat om en sådan regel i tillämpningsanvisningarna till taxsystemet, för att jämkning inte ska strida mot likställighetsprincipen i kommunallagen. www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/avgifterialdre-ochhandikapp oms4 #anchor_4 (hämtad 2017-01-12).

Var tionde kommun jämkar avgiften för mat i särskilt boende så att den äldre personen ska ha sitt minimibelopp kvar. Sju av tio kommuner gör i enlighet med socialtjänstlagen ett tillägg till minimibeloppet vid beräkningen av avgiftsutrymmet i både hemtjänst och särskilt boende.³⁸

Det nuvarande regelverket leder till att kommunerna gör olika. För äldre personer med låg pension innebär det betydande skillnader i vilken disponibel inkomst den äldre personen har kvar efter att ha betalat hyra och mat. Det blir oklarheter för kommunerna hur de ska agera, och också oklart för den äldre personen själv vad som gäller.

Det nuvarande regelverket medför att det finns äldre som trots att de inte betalar någon avgift för själva omsorgen har mindre än minimibeloppet kvar när matkostnaden är betald.³⁹

Detta kan innebära en risk för att äldre personer med låga pensioner väljer, eller av ekonomiska skäl blir tvungna, att dra ned på maten, till men för hälsa och välbefinnande.

Jag föreslår att regeringen tillsätter en utredning som ser över den rättsliga regleringen av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda i ordinärt boende och ser över konsekvenserna för äldre personer.

En sådan rättslig reglering kan påverka kommunernas intäkter. Det gäller t.ex. om en rättslig reglering skulle innebära att det kommunerna tar betalt för mat inom äldreomsorgen kopplas till den referenskostnad som Konsumentverket räknar fram för själva livsmedelskostnaden. Det skulle vara gynnsamt för äldre personer med låga inkomster, men innebära lägre intäkter för finansieringsprincipen.

16.7 Hemtjänst för asylsökande

Mitt förslag: Regeringen föreslås skyndsamt se över om det krävs förtydliganden i den rättsliga regleringen vad gäller ansvaret för hemtjänst för äldre personer som är asylsökande och behöver hemtjänst.

³⁸ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

³⁹ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Äldre personer som är asylsökande är i en utsatt situation. Som jag redovisat i kapitel 7 är det inte ovanligt att de är traumatiserade, och i behov av stöd på olika sätt. Det är därför enligt min bedömning olyckligt att det för närvarande är oklara ansvarsförhållanden mellan Migrationsverket och den kommun där den asylsökande bor i väntan på beslut om ansökan om uppehållstillstånd.

I en PM redovisar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att det saknas avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen gällande vem som är ansvarig för att tillgodose behovet av hemtjänst till asylsökande. Kammarrätten i Jönköping har i en dom den 3 oktober 2003 i mål nr 3279-03 prövat frågan om hemtjänst till en person som omfattas av lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl., LMA. Kammarrätten instämde i länsrättens bedömning att kommunen hade ansvar för att tillgodose det aktuella behovet enligt SoL. Länsrätten slog fast att det enbart är försörjningsstöd enligt SoL som inte får utges till personer som omfattas av LMA.⁴⁰

SKL anser för sin del att de uttalanden som gjorts i förarbetena till LMA visar att logi enligt LMA innefattar ett boende som är behovsanpassat, utifrån de eventuella omvårdnads- och stödinsatser som den asylsökande behöver.

SKL konstaterar att den allmänt skrivna lagtexten och avsaknaden av tydliga förarbetsuttalanden innebär tolkningsproblem för såväl kommuner som Migrationsverket. Detta är särskilt olyckligt eftersom insatserna berör människor som tillhör en generell utsatt grupp.⁴¹ Jag instämmer i den bedömningen. Oklarheter i ansvarsförhållandena kan leda till att insatser försenas eller inte blir genomförda på ett bra sätt.

⁴⁰ Sveriges Kommuner och Landsting. Vem ansvarar för att ge bistånd i form av hemtjänst till asylsökande? Skrivelse till regeringen 2016-01-25.

<http://skl.se/download/18.59cac10c151ed3201049d4c5/1453826308173/SKL-juridik-PM-hemtj%C3%A4nst-med-mera.pdf> (hämtad 2017-02-09).

⁴¹ Sveriges Kommuner och Landsting. Vem ansvarar för att ge bistånd i form av hemtjänst till asylsökande? Skrivelse till regeringen 2016-01-25.

<http://skl.se/download/18.59cac10c151ed3201049d4c5/1453826308173/SKL-juridik-PM-hemtj%C3%A4nst-med-mera.pdf> (hämtad 2017-02-09).

17 Konsekvensanalyser

17.1 Inledning

Kostnaderna för den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre personer uppgick 2014 till 109,2 miljarder kronor, motsvarande 2,8 procent av bruttonationalprodukten.¹ Av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader bedöms cirka 40 procent kunna hänföras till vården av personer 65 år och äldre.² Det motsvarar år 2014 cirka 103 miljarder kronor.³ Vården och omsorgen kostade således 212 miljarder kronor 2014.

Om samma kvalitet i verksamheten ska kunna behållas framöver medför den demografiska utvecklingen kraftigt ökade kostnader. Kostnaderna för hälso- och sjukvården beräknas öka mellan åren 2010 och 2050 med totalt 26–30 procent och den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre med 65–73 procent. Ökningen är störst fram till 2030. För hälso- och sjukvården ökar kostnaderna mest omkring 2020 och kommunernas vård och omsorg om äldre ökar mest runt 2025.⁴ Som jag redovisat i kapitel 7 förväntas antalet personer i åldrarna 80 år och äldre, där behoven av vård och omsorg är stora, att öka mellan åren 2015 och 2035 med 76 procent.

Jag har min huvudfokus på den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Sambanden mellan den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården och kommunernas verksamhet är dock uppenbara. En väl fungerande vård och omsorg, sett i ett

¹ Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016*. Stockholm, 2016.

² Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm, 2015.

³ Sveriges Kommuner och Landsting. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm, 2015.

⁴ Socialdepartementet. *Den ljusnande framtiden är vård. Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm, 2010.

samhällsperspektiv, förutsätter att båda huvudmännens verksamheter förmår att möta äldre personers behov av god vård och omsorg och att verksamheterna är väl samordnade. De samhälls-ekonomiska konsekvenserna av mina förslag måste därför ses i ett helhetsperspektiv och med den äldre personens och hens anhöriga som främsta utgångspunkt. Förbättrad kvalitet i kommunernas vård och omsorg, bra bostäder och annan samhällsservice ökar äldre personers vilja och möjligheter att så långt möjligt få sin vård och omsorg i hemmet eller i det särskilda boendet. Erfarenheterna visar att det kan begränsa behoven av landstingens hälso- och sjukvård och även vice versa.

Jag följer nedan i huvudsak den kapitelindelning som är gjord i detta betänkande. För respektive kapitel belyser jag de konsekvenser som är aktuella för mina förslag i det kapitlet. Det innebär att vissa områden, såsom brottslighet och konsekvenser gällande EU-rätt, enbart är belysta i något kapitel.

17.2 Kapitel 4–7 – Människosyn, kvalitet och nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer

Förslag som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Förslag att riksdagen ska besluta om att införa en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, samt att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp den.
- Uppdrag till den blivande Jämställdhetsmyndigheten att särskilt belysa vården och omsorgen om äldre personer i syfte att säkerställa att kvinnor och män får likvärdig vård och omsorg.
- Förslag att regeringen gör en översyn av de nationella målen för äldrepolitiken. Utgångspunkten ska vara att alla politikområden ska präglas av jämställdhet och jämlikhet. Ett första steg är att de av riksdagen fastställda målen för äldrepolitiken kompletteras så att inledningen lyder ”Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre kvinnor och män ska ...” Vidare föreslås ett nytt, femte, mål med lydelsen ”... ha tillgång till en jämställd och jämlik vård och omsorg”.

- Uppdrag till Socialstyrelsen att fortsätta förvalta och utveckla samt följa upp användningen av modellen Individens Behov i Centrum (IBIC, tidigare benämnd Äldres Behov i Centrum) samt ge myndigheten i uppdrag att tillhandahålla utbildningar om modellen.
- Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) att, i samråd med Socialstyrelsen, följa upp och utvärdera om modellen IBIC bidrar till att äldre personers behov tillgodoses på ett rättssäkert sätt och ger tillgång till omsorg som är jämställd och jämlik samt stödjer den äldre personens möjlighet till delaktighet.

Samhällsekonomiska konsekvenser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av förslaget om en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer behandlas under respektive avsnitt och förslag i detta kapitel.

I vilken mån förslagen om översyn av de nationella målen för äldrepolitiken kan få samhällsekonomiska konsekvenser beror på om översynen kommer till stånd och vilka förändringar av äldrepolitiken den kan leda till.

Uppdragen till den blivande Jämställdhetsmyndigheten och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedöms inte få några samhällsekonomiska konsekvenser.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Samma bedömning som i avsnittet om samhällsekonomiska konsekvenser. Uppdragen till den blivande Jämställdhetsmyndigheten och till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan anses ligga inom ramen för myndigheternas åtaganden och har därför inte kostnadsberäknats.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Den människosyn och därmed ambitionsnivå som den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg utgår från bygger på gällande lagstiftning och de internationella överenskommelser som Sverige har ratificerat, och bör därför inte innebära merkostnader för kommunerna.

Ett bra metodstöd för biståndsbedömning genom ett utvecklat IBIC bör kunna bidra till mer individanpassade och därmed mer träffsäkra och ändamålsenliga biståndsbeslut. Om detta är kostnadsdrivande eller tvärtom kostnadsbesparande får kommande uppföljningar och forskning visa. Mina förslag innebär dock enbart ett stöd till fortsatt utveckling och uppföljning av IBIC, vilket i sig inte påverkar hur kommunerna använder IBIC.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Inget av förslagen bör innebära några speciella effekter just för privata företag. Alla aktörer inom vård och omsorg oavsett regiform förutsätts ha samma förutsättningar och krav på sig.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Effekter för det kommunala självstyret av förslag i den nationella planen för vård och omsorg behandlas under respektive förslag i respektive avsnitt kapitelvis nedan.

Regional balans

I den nationella planen finns förslag och bedömningar som bör vara till fördel för landsbygd och glesbygd samt kommuner i glesbebyggda regioner. Det gäller bl.a. de uppföljningar och kartläggningar jag föreslår, som ska ge bättre kunskap om villkoren i olika delar av landet. De ska kunna ge ett bättre underlag för eventuella riktade insatser för att främja den regionala balansen.

Jämställdheten

Förslagen i den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer, liksom den föreslagna översynen av den nationella äldrepolitiken syftar till att gynna jämställdheten.

Små företag

Förslagen bör varken gynna eller missgynna små företag.

Integration

Den människosyn som är grunden för den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg ligger väl i linje med den önskan till integration som finns på alla samhällsområden. En jämställd och jämlik vård och omsorg främjar integrationen.

Integrationen kan främjas genom en individanpassad biståndsbedömning, där IBIC kan ha en positiv roll.

Nationella minoriteter

Förslagen om människosyn och en jämställd och jämlik vård och omsorg bör vara gynnsam för det samiska folket och övriga nationella minoriteter.

17.3 Kapitel 8 – God kompetensförsörjning

Samhällsekonomiska konsekvenser

Av kommunernas kostnader 2014 för vård och omsorg om äldre om 109 miljarder uppgick personalkostnaderna till cirka 73 procent, eller knappt 80 miljarder kronor. Personalkostnaderna svarar alltså för merparten av kostnaderna för vården och omsorgen. När nu kommunernas vård och omsorg om äldre står inför ett betydande behov av att öka verksamhetsvolymen och därmed personalvolymen framstår följande frågeställningar som centrala:

- Vilka kvalifikationer bör personalen ha för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet och effektivitet?
- Vilken sammansättning av olika yrkeskompetenser bör finnas?
- Ger dagens yrkesutbildningar de krav som bör ställas på personalens kompetens?
- Hur ska personal med rätt kompetens kunna rekryteras till verksamheterna och utöka sitt arbetsutbud över livscykeln?

Den strategi som jag föreslår i min handlingsplan innebär följande:

- all personal bör minst ha yrkesutbildning på gymnasial nivå,
- undersköterska bör bli ett reglerat yrke,
- yrkesutbildning på gymnasial nivå behöver utökas betydligt,
- ett nationellt system för validering behöver genomföras,
- en ökad andel av personalen bör ha vård- och omsorgsutbildning på högskolenivå,
- nationella specialistutbildningar för undersköterskor inom yrkeshögskolan, samt utökad volym på dessa behövs,
- all vård- och omsorgsutbildning inom högskolan bör ha ökade inslag av gerontologi och geriatrik,
- enhetscheferna bör ges bättre utbildning och färre medarbetare för att bättre kunna leda verksamheten,
- det nationella stödet till livslångt lärande behöver förbättras,
- huvudmän och privata utförare behöver förbättra anställningsvillkor och arbetsförhållanden,
- det krävs en utvecklad regional och nationell samordning i behovsanalys och planering av kompetensförsörjningen.

Min bedömning är att dessa förändringar sammantaget kommer att bidra till ökad samhällsekonomisk effektivitet. Jag har tidigare redovisat uppgifter som visar att ökad yrkeskompetens hos personalen bidrar till bättre kvalitet (se kapitel 8.2). Lönespridningen bland de yrkesgrupper som är verksamma inom kommunernas vård

och omsorg om äldre är relativt små. Förändring av sammansättningen av personalen från en betydande andel utan yrkesutbildning till fler med yrkesutbildning och med eftergymnasial yrkesutbildning kommer att medföra vissa merkostnader, men effekterna i form av ökad kvalitet bedöms kompensera detta. Härmed bör effektiviteten öka.

En grundläggande förutsättning i kompetensförsörjningen är att skapa ett tillräckligt utbud av arbetskraft för att huvudmän och privata utförare ska kunna rekrytera yrkeskompetent personal. Staten och kommunerna har här ett gemensamt ansvar för detta. Mina förslag innebär att staten genomför åtgärder för att förändra innehållet i yrkesutbildningar, påverkar dimensioneringen av dem, bidrar till nationell likvärdighet och skapar bättre strukturer för stöd till huvudmännen i kompetensförsörjningen och i planeringen.

Kommuner och privata utförare har ansvaret att skapa sådana anställningsvillkor och arbetsförhållanden att yrkeskompetent personal söker sig till verksamheten och stannar kvar inom den. Mitt förslag är att staten stimulerar utvecklingen inom detta område genom att i uppföljningen av handlingsplanen redovisa utvecklingen för några viktiga indikatorer.

Sammantaget är det min bedömning att det bästa sättet att möta framtida utmaningar inom vården och omsorgen om äldre, i ett samhällsekonomiskt perspektiv, är att skapa goda förutsättningar för huvudmännens och privata utförares kompetensförsörjning genom gemensamma och uthålliga åtgärder av det slag som jag föreslagit.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Nationell ledarskapsutbildning

Det är statens ansvar att tillhandahålla högre utbildning. Jag har i avsnitten 8.11 och 8.12 visat att innehållet i de utbildningar som flertalet enhetschefer och biståndshandläggare har, inte fullt ut motsvarar de krav på yrkeskompetens som bör ställas på dessa chefer och handläggare.

Mitt förslag om att införa en nationell ledarskapsutbildning för enhetschefer inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre medför nya statliga kostnader. Förslaget inne-

bär att utbildningen bör omfatta cirka 2 000 nya enhetschefer per år⁵ mellan åren 2020 och 2026, som ska genomföra en utbildning på kvartsfart under två års tid. Den ledarskapsutbildning som upphandlades av Socialstyrelsen och som bedrevs vid tre lärosäten under åren 2013–2015 kostade 55 000 kronor per utbildningsplats under två år. Om 2 000 chefer varje år påbörjar den tvååriga ledarskapsutbildningen på kvartsfart blir kostnaden, givet en kostnad per utbildning på 55 000 kronor, 55 miljoner kronor 2020 och 110 miljoner kronor årligen under åren 2021–2025 för att under det sista året kosta 55 miljoner kronor. Den sammanlagda kostnaden för åren 2020–2026 blir 663 miljoner kronor, inklusive 3 miljoner kronor till Socialstyrelsen för att planera, genomföra och följa upp utbildningen. Därefter kommer volymen på ledarskapsutbildningen kunna minska, då befintliga enhetschefer bedöms ha fått möjlighet att genomgå utbildningen. Åren efter 2026 behöver utbildningen endast motsvara nyrekryteringar.

Mitt förslag om att tillhandahålla en nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen medför nya statliga kostnader. Förslaget innebär att utbildningen bör omfatta drygt 500 biståndshandläggare per år under åren 2020–2027, dvs. sammanlagt 4 500 biståndshandläggare under perioden. Utbildningen ska genomföras på kvartsfart under en termin och omfatta 7,5 högskolepoäng. Kostnaden för en utbildningsplats får vara högst 15 000 kronor per plats, vilket innebär kostnader för staten om 8–9 miljoner kronor per år under 2020–2027. Därtill föreslås Socialstyrelsen få 3 miljoner år 2019 för att utforma och upphandla utbildningen. Den sammanlagda kostnaden för åren 2019–2027 blir 70 miljoner kronor.

⁵ Uppgiften om 2000 personer är osäker och bör övervägas ytterligare. Mina beräkningar bygger på antalet anställda enhetschefer i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre år 2015. De som redan genomgått den av Socialstyrelsen upphandlade nationella ledarskapsutbildningen har frånräknats. Till denna volym av återstående enhetschefer ska läggas de som nyrekryteras till branschen årligen till följd av avgångar till annan bransch eller pensionering. Som jag redovisat råder osäkerhet om personalomsättningens omfattning. Till denna volym bör läggas ytterligare två komponenter: det demografiskt betingade behovet av utökad verksamhetsvolym och behovet av att minska antalet medarbetare per enhetschef. Dessa faktorer sammantaget ger en skattad volym om cirka 2 000 enhetschefer per år. Jag vill emellertid understryka att detta är skattningar relaterade till önskvärda förändringar, som inte nödvändigtvis inträffar. Därför behöver utbildningsvolymen i det fortsatta beredningsarbetet övervägas ytterligare.

Övriga förslag

Utöver de två beskrivna förslagen har jag föreslagit regeringen att ge myndigheter vissa uppdrag. De sammantagna kostnaderna för dessa beräknar jag till cirka 30 miljoner kronor, varav huvuddelen avser år 2019. I den fortsatta beredningen av mina förslag bör övervägas om några av dessa bör genomföras av myndigheterna utan att särskilda medel tillförs respektive myndighet.

Uppdraget till Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet, Skolverket och Myndigheten för yrkeshögskolan om bättre personalstatistik och prognoser är ett tilläggsuppdrag till befintligt uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Den totala kostnaden beräknas till 19 miljoner kronor⁶ för åren 2019–2034. Under åren 2019 och 2020 beräknas kostnaden till 2,5 miljoner kronor per år till berörda myndigheter och därefter 1 miljon kronor per år till Socialstyrelsen. Detta uppdrag har sådan omfattning att det förutsätter att särskilda medel tillförs myndigheterna.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Den nationella ledarskapsutbildningen

Den föreslagna nationella ledarskapsutbildningen kan eventuellt medföra vissa merkostnader för kommunerna. Dessa är dock inte möjliga att beräkna förrän ytterligare beredningsarbete genomförts.

Jag utgår från att utbildningen genomförs på kvartsfart, distansundervisning med några campusförlagda dagar. I många kommuner finns lokala kollektivavtal om vilka villkor som gäller för anställdas deltagande i utbildning.

Socialstyrelsen bör få regeringens uppdrag att närmare utforma utbildningen och upphandla denna från några lärosäten. Jag föreslår också att staten inbjuder företrädare för berörda organisationer för arbetstagare och arbetsgivare för dialog om vilka förutsättningar som bör gälla för genomförandet av ledarskapsutbildningen.

⁶ Dessa 19 miljoner kronor är inkluderade i de 30 miljoner kronor för regeringsuppdrag som jag redovisat i föregående stycke.

Detta innebär att det först i ett senare skede är möjligt att bedöma och beräkna eventuella merkostnader för kommunerna vid genomförandet av den nationella ledarskapsutbildningen.

Nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen

Den föreslagna nationella utbildningen på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen kan eventuellt medföra vissa merkostnader för kommunerna. Dessa är dock inte möjliga att beräkna förrän ytterligare beredningsarbete genomförs.

Jag utgår, i likhet med den nationella ledarskapsutbildningen, från att utbildningen kan genomföras på kvartsfart, distansundervisning med några campusförlagda dagar. I många kommuner finns lokala kollektivavtal om vilka villkor som gäller för anställdas deltagande i utbildning.

Socialstyrelsen föreslås få regeringens uppdrag att närmare utforma utbildningen och upphandla denna från några lärosäten. Jag föreslår också att staten inbjuder företrädare för berörda organisationer för arbetstagare och arbetsgivare för dialog om förutsättningar för att biståndshandläggare ska kunna genomföra utbildningen.

Detta innebär att det först i ett senare skede är möjligt att bedöma och beräkna eventuella merkostnader för kommunerna vid genomförandet av den nationella ledarskapsutbildningen.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Den nationella ledarskapsutbildningen

Även för privata utförare av vård och omsorg om äldre personer kan vissa merkostnader i samband med genomförandet av den nationella ledarskapsutbildningen uppkomma. Dessa kan dock inte bedömas och beräknas i detta skede, utan först när Socialstyrelsen genomfört sitt föreslagna uppdrag och dialogen mellan staten och berörda intressenter slutförts. Sådana privata aktörer som enbart utför serviceuppgifter inom hemtjänsten omfattas inte av förslaget.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Ny bestämmelse i socialtjänstförordningen om lämplig utbildning för enhetschefer

Jag har föreslagit att det i socialtjänstförordningen regleras att i hemtjänst, dagverksamhet och särskilda boendeformer för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Även om förslaget innebär en viss inskränkning av det kommunala självstyret så är inskränkningen begränsad, med hänsyn till dels den gällande bestämmelsen om personal, dels att förslaget föreslås gälla så långt det är möjligt. Härigenom tar det hänsyn till de organisatoriska och personella förutsättningar kommunerna har, och bestämmelsens innebörd får fullt genomslag så snart det är möjligt. Bestämmelsen föreslås inte heller gälla inom hemtjänst som enbart omfattar serviceinsatser.

Vid en avvägning mellan behovet att säkerställa den vård och omsorg som krävs för äldres liv, personliga säkerhet och hälsa samt det allmänna intresset att säkerställa en god kvalitet i äldreomsorgen och kommunernas intresse av att den kommunala självstyrelsen inte inskränks ytterligare, anser jag att skydd för äldre och det allmänna intresset väger över och att den föreslagna ändringen är nödvändig. Det är min bedömning att den ökade säkerhet som uppnås genom kravet på lämplig utbildning för enhetscheferna och motsvarande inte kan uppnås på ett mindre ingripande sätt för det kommunala självbestämmandet.

Övriga förslag

Jag har föreslagit att några frågor kräver ytterligare utredning innan de kan genomföras. Ett par av dem kan komma att påverka den kommunala självstyrelsen, men på vilket sätt denna påverkan tar sig uttryck kan först bedömas inom ramen för det fortsatta beredningsarbetet.

Utredning om rätt till komvux

Sedan 2009 har staten i olika omfattning årligen tillfört särskilda medel för vuxenutbildning i yrkesämnen till kommunerna. Även kommunerna själva finansierar sådan utbildning. Årliga beslut om volymen på statsbidragen har lett till kortsiktighet ifråga om vilka förutsättningar som ska råda och även till anpassningsbeteenden i kommunerna.

Min bedömning är att en betydande ökning av tillskottet av antalet undersköterskor måste tillgodoses. Bästa förutsättningarna att åstadkomma detta är genom att skapa bättre förutsättningar för omställning bland yrkesverksamma. Det behövs även betydande satsningar på personal som nyligen varit anställda eller för närvarande är anställda inom vård och omsorg.

Under de senaste åren har personer, som sedan tidigare har en gymnasial utbildning, i flertalet kommuner inte kunnat studera yrkesämnen inom komvux. Även om de tillskott som nu beslutats bör ge fler sådana möjligheter är det min uppfattning att en rätt till kommunal vuxenutbildning i yrkesämnen bör införas. Jag har föreslagit att en särskild utredning tillsätts för att utreda vissa frågor knutna till en sådan rättighet. I detta sammanhang bör även effekterna på den kommunala självstyrelsen, samt de ekonomiska effekterna för kommunerna, klargöras.

Det är angeläget att skapa tydliga regelverk som ger goda ingångar till undersköterskeyrket över hela landet. En rätt till studier i yrkesämnen inom komvux är en förutsättning för detta. Möjligheten att komplettera tidigare gymnasiestudier med studier i yrkesämnen blir med en sådan rättighet nationellt likvärdig och kan effektivare kommuniceras till intresserade elever i studie- och yrkesvägledning och i omställning. Min bedömning är att det nationella intresset i detta avseende är starkare än den begränsade inskränkning av den kommunala självstyrelsen som kan uppkomma av förslaget.

Legitimation av undersköterskor

Jag föreslår att legitimation för undersköterskor införs. En utredning bör tillsättas för att utreda vissa frågor knutna till detta. Genom att göra undersköterska till ett reglerat yrke kan kommu-

nernas självbestämmande i någon mån komma att inskränkas. Den nationella regleringen skärper kraven såväl på yrkesutövarna som på huvudmännen. Förslaget motiveras i första hand av att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i den vård och omsorg som äldre personer får.

Inskränkningen av kommunernas självbestämmande kommer dock att bli begränsad av flera skäl. Sedan många år tillbaka har flertalet kommuner redan själva verkat för att alla undersköterskor ska ha adekvat yrkesutbildning för sitt arbete. Om undersköterska blir ett reglerat yrke bidrar det till att göra yrket mer attraktivt, vilket bör underlätta rekrytering av personal. Det ger även arbetsgivaren en större säkerhet vilken kompetens personalen har. Reglering av yrket innebär inte att vissa arbetsuppgifter nödvändigtvis måste utföras av undersköterskor. Om sådana av något skäl inte kan rekryteras i tillräcklig omfattning kan vård och omsorg utföras även av personal som inte har legitimation.

Min samlade bedömning är därför att en reglering av undersköterskeyrket endast i begränsad omfattning kan anses begränsa kommunernas självstyrelse. De närmare bedömningarna måste göras av den utredning jag föreslår.

Regional balans

Äldre personer flyttar i mindre utsträckning än personer i andra åldrar. Den sedan flera år pågående regionala omvandlingen, som innebär att befolkningen i merparten av landets kommuner minskar, tenderar därför att medföra att andelen äldre personer i dessa kommuner ökar. Yngre personer, särskilt kvinnor, lämnar små och medelstora kommuner, vilket medför betydande kompetensförsörjningsproblem, som jag beskrivit i kapitel 8.

Utvecklad regional och nationell samordning i kompetensförsörjningen

Tveklöst står kommuner, landsting och privata utförare inför betydande utmaningar i sin kompetensförsörjning de kommande 20 åren. Detta gäller i synnerhet aktörer som är verksamma i de

delar av landet där många unga lämnar för att bosätta sig i universitetsstäder, storstadsområden och andra större städer.

Min bedömning är att det krävs systematiska gemensamma kartläggningar av tillgång och efterfrågan på yrkeskompetent personal på regional nivå. Jag föreslår också att flera myndigheter får i uppdrag att utveckla personalstatistiken, prognoser och att samordna sitt arbete inom området. Uppdraget till kompetensplattformarna i regionerna behöver tydliggöras och samordningen mellan den regionala och nationella nivån förbättras.

Dessa förändringar är starkt påkallade dels för att tydligt identifiera de regionala utbildningsbehoven och att samordna de åtgärder som krävs för att tillgodose dem, dels för att de nationella aktörerna bättre ska kunna stödja de regionala och bättre fullgöra sitt nationella ansvar.

Min bedömning i denna del är således att de strukturella förändringar jag föreslår ska skapa bättre förutsättningar än som gäller i dag att fortlöpande vidta de åtgärder som krävs för att uppnå balans mellan tillgång och efterfrågan på personal i landets alla delar.

Övriga förslag

Flera av mina förslag i övrigt bör bidra till att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen i alla regioner i landet. Det gäller förslaget att utreda rätt till kommunal vuxenutbildning, uppdraget till Skolverket att stödja utvecklingen av metoder i validering, uppdraget till Socialstyrelsen att utveckla det nationella stödet för livslångt lärande samt uppdraget till myndigheter att kartlägga tillgången till kurser i geriatrik och gerontologi vid landets lärosäten. Dessa förslag har alla regionalpolitiska aspekter som behöver beaktas i det fortsatta arbetet med att genomföra dem.

Små företag

Inom de valfrihetssystem som många kommuner tillämpar, främst inom hemtjänst, finns många små utförare. Mina förslag och bedömningar förväntas bidra till bättre förutsättningar för dessas kompetensförsörjning på samma sätt som för kommuner och för större privata utförare.

Ny bestämmelse i socialtjänstförordningen om lämplig utbildning för enhetschefer

Jag har föreslagit att det i socialtjänstförordningen regleras att i hemtjänst, dagverksamhet och särskilda boendeformer för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Små företag kan till exempel på grund av rådande anställningssituation ha sämre förutsättningar att leva upp till denna typ av bestämmelser. Genom att jag i mitt förslag fört in formuleringen ”så långt möjligt” samt att jag inte identifierat någon specifik chef anser jag att även små företag allteftersom bör kunna leva upp till den nya bestämmelsens krav. Det är dock inte möjligt att särbehandla små företag eftersom det är nödvändigt att samma krav på kvalitet och säkerhet tillämpas för alla utförare oberoende av storlek och juridisk person. Bestämmelsen gäller inte heller sådan hemtjänst som enbart avser serviceinsatser.

Jämställdhet

Tillgång till vård och omsorg av god kvalitet har avgörande betydelse för jämställdheten mellan könen. För att den ska kunna ges god kvalitet krävs att personalen har god yrkeskompetens. Samtliga förslag som jag lägger fram har detta syfte, varför de förväntas positivt bidra till ökad jämställdhet. Jag vill särskilt redovisa effekterna av några förslag.

Andelen män i personalen

Männen utgjorde cirka 12 procent av anställda undersköterskor i kommunernas vård och omsorg om äldre personer år 2015. Bland personal i yrken där eftergymnasial utbildning vanligtvis krävs var andelen något lägre. Det är angeläget bl.a. från jämställdhetsynpunkt att öka andelen män inom verksamheten. Det är en förlust för män att inte få delta i det meningsfulla arbete som vården och omsorgen om äldre personer är. Jag föreslår att en indikator som belyser andelen män bland samtliga anställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer utformas och

används i den återkommande uppföljningen av handlingsplanen. Denna uppföljning bör ske på kommunnivå och även inkludera privata utförare.

En återkommande mätning och publicering av dessa uppgifter bör bidra till att uppmärksamma frågan om andelen män i vård och omsorg om äldre personer.

Nya krav och bättre förutsättningar för enhetschefer

Jag föreslår att en ny bestämmelse om krav på lämplig utbildning för chefer införs i socialtjänstförordningen, att Socialstyrelsen ges uppdrag att ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning för enhetschefer samt att antalet medarbetare per chef återkommande följs upp inom ramen för min handlingsplan.

Sammantaget bör dessa förslag aktivt bidra till ökad jämställdhet. Över 90 procent av enhetscheferna är kvinnor. En jämförelse av villkoren för chefer i kvinnodominerade branscher med mansdominerade visar att männen genomsnittligt har betydligt bättre villkor. Personalomsättningen bland enhetschefer är hög. Enhetschefernas tid räcker inte till för att i tillräcklig utsträckning leda och utveckla verksamheten. Dessa förhållanden inverkar negativt på såväl enhetscheferna som personalen.

De förslag jag lagt fram bör bidra till mer likvärdiga förutsättningar för enhetschefer i vård och omsorg om äldre personer, jämfört med branscher där männen dominerar.

Legitimation av undersköterskor

Undersköterska är den största yrkesgruppen i landet. Yrket är starkt kvinnodominerat. Redan benämningen av yrkesgruppen markerar underordning. Genom arbetets organisering och styrning har också undersköterskor ofta arbetsförhållanden som präglas av underordning. För att stärka kvaliteten i tjänsterna till äldre personer, men också för att förbättra undersköterskors jämställdhet är det angeläget att främja yrkesgruppens självbestämmande. Ökad autonomi förväntas också bidra till bättre hälsa och trivsel bland undersköterskor.

Mitt förslag om att tillsätta en utredning för att utarbeta detaljerade förslag till införande av legitimation av undersköterskor ska ses mot denna bakgrund. Min bedömning är att legitimation för undersköterskor bidrar till att öka yrkets attraktionskraft och status. Legitimation ger även ändrade materiella förutsättningar genom att befogenheter och ansvar för undersköterskors yrkesverksamhet regleras i lag. Min bedömning är även att yrkesbenämningen undersköterska bör övervägas i det fortsatta utredningsarbetet. Inriktningen bör vara att etablera en yrkesbeteckning som är könsneutral och som inte markerar underordning.

Mitt förslag att ytterligare utreda införandet av legitimation för undersköterskor bedöms få en positiv inverkan på arbetsförhållanden för undersköterskor. Det kommer att stärka deras inflytande, professionalisering och självkänsla.

Integration

Rätt till komvux och utvecklad validering

Mina förslag om att utreda en rätt att studera yrkesämnen inom komvux samt att utveckla en nationellt enhetlig validering bör skapa bättre förutsättningar för personer med utländsk bakgrund att dels få sin kompetens bedömd och erkänd, dels att få möjlighet att i alla kommuner i landet få möjlighet att studera de yrkesämnen som krävs för att nå de kvalifikationer som krävs som undersköterska. Enhetliga nationella system för validering och en tydlig nationell kvalifikationsnivå för undersköterskor underlättar också rörlighet, såväl inom landet som inom EU/EES-området.

Legitimation för undersköterskor

Förslaget att reglera undersköterskeyrket kan få såväl positiva som negativa effekter på integrationen. En positiv effekt är att legitimation förväntas öka undersköterskors status och självbestämmande vilket ökar maktresurserna bland undersköterskor med utländsk bakgrund. Det kan förväntas öka deras delaktighet i samhället och därmed integrationen.

En negativ effekt kan vara att det kommer att krävas mer studier för att kvalificera sig till undersköterskeyrket. Personer från tredje land kommer på samma sätt som för andra legitimerade yrkesgrupper i dag att behöva få sin utbildning prövad och eventuella kompletteringar krävas av Socialstyrelsen. Detta kommer att ta tid och kräva resurser i form av studiefinansiering. Det nämnda gäller såväl studier i yrkesämnen, språkkunskaper som eventuella krav på studier i gymnasiegemensamma ämnen. Å andra sidan kommer inte legitimeringskravet att innebära något formellt hinder för att personer som inte är legitimerade undersköterskor utför vård- och omsorgsuppgifter.

Nationella minoriteter

Alla mina förslag avser att stärka yrkeskompetensen bland personal inom vård och omsorg om äldre personer. Det gäller såväl för gymnasialt utbildade som dem som har eftergymnasial utbildning. En sådan utveckling förväntas medföra ökade kunskaper och ökad förståelse för det samiska folket och övriga nationella minoriteters kulturella och språkliga behov av anpassad vård och omsorg.

Den föreslagna nationella ledarskapsutbildningen ger förutsättningar för att till enhetscheferna förmedla kunskaper inom området. Mitt förslag om att stärka det nationella stödet till livslångt lärande skapar också bättre möjligheter att utveckla stödet till huvudmän och utförare att ge personalen fortlöpande stöd till utveckling. Ett sådant område kan vara det samiska folket och övriga nationella minoriteters förutsättningar och behov ifråga om vård och omsorg.

17.4 Kapitel 9 – Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbete

Förslag till uppdrag till myndigheter som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Uppdrag till Livsmedelsverket att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra en treårig informations- och utbildningsinsats, samt att ge förslag till fortsatt arbete för att vidmakthålla positiva resultat.

- Uppdrag till Folkhälsomyndigheten att ta fram ett kunskapsstöd för kommunernas insatser inom hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre personer.
- Förslag att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett Nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att tillsammans med andra berörda myndigheter och organisationer utveckla former för insamlande av nationella data om effektiva rehabiliteringsmetoder, organisatoriska modeller och arbetssätt samt sprida kunskap riktat till huvudmän, vårdgivare och vård- och omsorgspersonal.
- Uppdrag till Myndigheten för delaktighet att kartlägga levnadsförhållanden och livssituation för äldre personer med funktionsnedsättning. Vidare föreslås ett uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga tillgång till rehabilitering, habilitering för samma målgrupp och särskilt uppmärksamma om det finns skillnader för personer under och över 65 år. I uppdraget bör även ingå att utreda orsakerna bakom de skillnader i tillgång till hjälpmedel som finns mellan personer över och under 65 år samt mellan äldre kvinnor och män.

Mina förslag grundar sig på bedömningen att hälsofrämjande och förebyggande insatser är ett långsiktigt arbete som ska omfatta hela befolkningen oavsett ålder. Det är aldrig för sent i en människas livslopp att ge stöd till hälsofrämjande vanor och att förebygga ohälsa. Kommunerna har ett tydligt ansvar att tillsammans med civilsamhället underlätta för äldre personer att vara fysiskt, socialt och kulturellt aktiva och vara delaktiga i samhällslivet.

Jag har i mina bedömningar bl.a. lyft fram vikten av att underlätta för äldre personer att bibehålla eller börja vara fysiskt aktiva. Jag har också lyft fram värdet av det förebyggande munhälsoarbetet, funktionen som syn- och hörselinstruktörer i kommunerna och att även äldre personer ska omfattas av möjlighet till rökavvänjning och stöd till personer med ett risk- eller missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel.

Samhällsekonomiska konsekvenser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förslag bedömer jag som positiva. Förebyggande och rehabiliterande insatser innebär även för äldre personer att de kan få bättre förutsättningar att klara sig själva och därmed både ha ett bättre välbefinnande och i mindre utsträckning behöva efterfråga hälso- och sjukvård och omsorg.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Uppdragen till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ligger i huvudsak inom ramen för dessa myndigheters åtaganden, och kan för Folkhälsomyndighetens del samordnas med pågående uppdrag.

Jag bedömer att Livsmedelsverket för det uppdrag jag föreslår behöver fyra miljoner kronor årligen under tre år, 2019–2021, och att Livsmedelsverket därefter bör tillförsäkras resurser för att den kunskap och det utvecklingsarbete som skett av kost och måltids-situation inom äldreomsorgen kan vidmakthållas.

Det nationella kompetenscentret om äldre personer och psykisk hälsa har beräknats till en kostnad om fem miljoner kronor årligen åren 2019–2022. Kostnaden därefter är beroende av ambitionsnivå och hur väl kompetenscentret kunnat etablera sig. Erfarenheter bör kunna hämtas från befintliga kompetenscentrum, Svenskt Demenscentrum och Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Det kunskapsstöd som Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket och Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram kan ge kommunerna värdefullt stöd i det förebyggande arbetet. Bättre kost och en förbättrad måltidssituation kan ge färre som riskerar att bli undernärda och därmed att fler äldre personer har en bättre hälsa. Det är inte bara bra för de äldre personerna utan kan ge kommunerna, liksom landstingen, kostnadsbesparingar.

Hälsofrämjande insatser som stimulerar till och underlättar ökad fysisk aktivitet kan bidra till färre fallskador. En ökad observans på insatser riktade till äldre personer vad gäller tobaks-

prevention och att minska riskbruk av alkohol kan likaså ge inte bara mänskliga utan även ekonomiska vinster. Det är dock inte möjligt att kvantifiera det ekonomiska värdet av förebyggande arbete.

Det föreslagna Nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa kan ge ett kunskapsstöd som bidrar till ett bättre utformat och genomfört stöd till äldre personer med psykisk ohälsa. Det kan möjliggöra att fler äldre personer får adekvat hjälp. Rätt insatser som ges i tid kan minska behovet av mer omfattande insatser från hälso- och sjukvården.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Förslagen bedöms inte ha några ekonomiska konsekvenser för privata utförare. Organisationer och föreningar förväntas få en stärkt roll och bättre förutsättningar för sitt arbete.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Mina förslag om kunskapsstöd innebär ingen inskränkning i det kommunala självstyret.

Regional balans

Förslagen bedöms inte ha någon betydelse för den regionala balansen.

Jämställdheten

Förslagen om att kartlägga skillnader i rehabilitering och hjälpmedel mellan män och kvinnor, liksom mellan yngre och äldre personer, bör kunna få en positiv effekt för jämställdheten.

Den höga andelen män som tar sitt liv bör kunna påverkas av bättre kunskap om suicidprevention.

Små företag

Förslagen bedöms inte ha någon betydelse för små företag.

Integration

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete som når ut till alla äldre personer som bor i en kommun bör kunna ha en positiv betydelse för integrationen.

Nationella minoriteter

Ett bra hälsofrämjande arbete, med t.ex. tillgång till mötesplatser där äldre personer från en nationell minoritet kan känna sammanhang och tillhörighet är gynnsamt för välbefinnande och hälsa.

17.5 Kapitel 10 – Sammanhållen vård och omsorg

Förslag till uppdrag till myndigheter och förslag på utredning som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga hemsjukvården för äldre personer i ordinärt boende.
- Uppdrag till Myndigheten för vård och omsorgsanalys att, efter samråd med Socialstyrelsen, genomföra en uppföljning och utvärdering av hur samordnad individuell plan (SIP) används, dess effekt för den äldre personen och hur den bidrar till en mer samordnad vård och omsorg av äldre personer.
- Uppdrag till Forte att inom ramen för sitt uppdrag om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer initiera forskning om effekter av olika modeller för att främja samordning och samarbete i vården och omsorgen om äldre personer med stora och sammansatta behov.
- En utredning föreslås tillsättas för att lämna förslag på rättslig reglering som tydliggör huvudmännens skyldighet att kunna erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov en förstärkt valfrihet genom att kunna välja en sammanhållen vård och omsorg.

Vidare belyses följande bedömning jag gjort där jag tillstyrker delar av förslag i en annan utredning:

- Att förslagen i betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) om möjlighet att välja direktåtkomst eller gemensam vård- och omsorgsjournal bör genomföras.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Förslagen till utredningar bedöms inte få några samhällsekonomiska konsekvenser.

De samhällsekonomiska konsekvenserna av en eventuell lagstiftning om krav på landsting och kommuner att erbjuda vård och omsorg av ett multiprofessionellt team för äldre personer med stora och sammansatta behov är beroende av utformningen av den rättsliga regleringen. Min bedömning är att ett genomförande av en sådan reform skulle ha positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Jag grundar denna bedömning på att fler äldre personer skulle få en mer sammanhållen, kompetent och flexibel vård och omsorg. Detta ger bättre förutsättningar att ta hand om den äldres behov av hälso- och sjukvård och omsorg i hemmet. Det svarar väl mot den så kallade Leon-principen, att ge vård och omsorg på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Det är dock inte möjligt att kvantifiera de sannolika samhällsekonomiska vinsterna om förslagen genomförs. Arbetet i de integrerade teamen underlättas av och blir säkrare om det finns lagstöd för gemensam journal.

Dessa bedömningar ligger i linje med de bedömningar som gjordes i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2).

Ekonomiska konsekvenser för staten

De ekonomiska konsekvenserna av en eventuell rättslig reglering av huvudmännens skyldighet att erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov vård och omsorg av ett multiprofessionellt team får belysas i den utredning jag förslår.

Min bedömning är att Socialstyrelsen för att kunna genomföra uppföljningar av den kommunala hemsjukvården och av samordnad individuell plan (SIP) behöver totalt åtta miljoner kronor för åren 2019–2020.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

De ekonomiska konsekvenserna av en eventuell rättslig reglering av huvudmännens skyldighet att erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov vård och omsorg av ett multiprofessionellt team får belysas i den utredning jag förslår.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Eventuella ekonomiska konsekvenser om det blir en rättslig reglering av huvudmännens skyldighet att erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov vård och omsorg av ett multiprofessionellt team får belysas i den utredning jag förslår. Jag bedömer att mina övriga förslag inte har några ekonomiska konsekvenser för privata utförare.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Mina förslag bör inte innebära konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Konsekvenser av en eventuell rättslig reglering om multiprofessionella team får belysas i den utredning jag föreslår.

Regional balans

Mina förslag bedömer jag inte påverkar den regionala balansen.

Jämställdheten

Inom den grupp äldre personer som vi i detta betänkande benämnt äldre personer med stora och sammansatta behov dominerar ensamboende kvinnor. Ett tryggare och mer kompetent omhändertagande av kvinnor under de avslutande åren i deras liv gynnar således kvinnor i högre grad än män. Som redovisats i kapitel 11 så utförs också mycket av omvårdnaden av anhöriga döttrar. Det bästa anhängstödet är en väl fungerande vård och omsorg. En förutsättning är en bättre samordning och samarbete mellan olika vårdgivare och utförare, vilket är syftet med mina förslag.

Små företag

Mina förslag bedömer jag inte påverkar små företag.

Integration

Mina förslag bedömer jag inte har någon inverkan på integrationen. I vilken mån de integrerade team jag förordar kan vara positiv för integrationen får belysas i den av mig föreslagna utredningen.

Nationella minoriteter

Vilka för- och nackdelar som kan finnas med integrerade team för det samiska folket och övriga nationella minoriteter får belysas i den av mig föreslagna utredningen.

17.6 Kapitel 11 – Anhöriga

Förslag som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Förslag att ge Socialstyrelsen i uppdrag att regelbundet följa upp hur stödet till anhöriga som vårdar närstående fungerar. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv ska särskilt beaktas.

Anhöriga har en central roll för äldre personer som behöver stöd och omsorg i sin vardag. Anhöriga har en ibland inte tillräckligt uppmärksammas roll som medaktörer i den närståendes vård och omsorg. Det stöd som huvudmännen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård ger till anhöriga måste utformas individuellt och flexibelt.

Samhällsekonomiska konsekvenser

De anhöriga utför merparten av den hjälp äldre personer får. För anhöriga som är yrkesverksamma kan det innebära att de för att orka och hinna med går ner i arbetstid. Värdet av det produktionsbortfall detta innebär är svårt att beräkna, det saknas ännu säker kunskap. Bortfall av anhöriginsatser innebär ökat tryck på i första

hand hemtjänsten. Alldeles fränsett det mänskliga motivet att se till att anhöriga får det stöd de behöver, så är ett väl fungerande anhörigstöd väl motiverat ur samhällsekonomisk synvinkel.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Kostnaden för mitt förslag att Socialstyrelsen vart fjärde år genomför en kartläggning och utvärdering av stödet till anhöriga beräknas till 4 miljoner kronor per uppföljning, totalt 16 miljoner kronor för de 16 åren. En sådan kartläggning kan ge nödvändig kunskap på såväl nationell, regional, kommunal som utförarnivå om hur utvecklingen av anhörigstödet är och dess effekter, en kunskap som behövs för att både kunna säkra och utveckla anhörigstödet. Den kan därför ses som en klok investering.

I avsnittet om kapitel 15 redovisar jag förslag om att Socialstyrelsen utvecklar former för att regelbundet fråga efter de anhörigas synpunkter och erfarenheter.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

De förslag som jag lägger får i sig inga ekonomiska konsekvenser för landsting och kommuner. Ett väl fungerande anhörigstöd kostar, men ett dåligt fungerande torde kosta mer, även om kostnaden då blir mer osynlig genom ökade behov av vård och omsorg för såväl den anhörige själv som den närstående. Den kunskap de kartläggningar jag föreslår att Socialstyrelsen ska göra bör kunna vara av stort värde för kommunerna när de ska utforma och utveckla sitt anhörigstöd.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Förslagen bedöms inte ha några ekonomiska konsekvenser för privata utförare.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Den ökade kunskap som Socialstyrelsen kan ge bör underlätta för kommunerna att utforma sitt anhörigstöd, och kan närmast anses stärka den kommunala självstyrelsen.

Regional balans

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för den regionala balansen.

Jämställdheten

Många av de anhöriga är kvinnor – sammanboende maka/partner och döttrar – och många av de närstående är också kvinnor. Ett väl-fungerande anhörigstöd gynnar således kvinnor. Mina förslag syftar till detta.

Små företag

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för små företag.

Integration

Socialstyrelsen har ett mångfaldsperspektiv när kartläggningar och uppföljningar av anhörigstödet genomförs. Den kunskap Socialstyrelsen tar fram kan därmed ge kommuner, landsting och civilsamhället bättre förutsättningar att forma anhörigstödet så att det främjar integration.

Nationella minoriteter

Det är värdefullt med en ökad kunskap om anhörigas situation och hur olika former av stöd till anhöriga som tillhör det samiska folket och övriga nationella minoriteter kan utformas på bästa sätt.

17.7 Kapitel 12 – Välfärdsteknik

Jag har delat upp konsekvensbedömningarna i detta avsnitt på tre områden, som handlar om utgångspunkten att välfärdsteknik enbart ska användas för att erbjuda den äldre personen bättre vård och omsorg, behovet av kompetensstöd samt behovet av nationell, regional och nordisk samordning.

Förslag som avser att välfärdsteknik enbart ska användas för att erbjuda den äldre personen bättre vård och omsorg

I detta avsnitt redovisas konsekvensbedömningar avseende följande förslag

- Regeringen föreslås tillsätta en särskild utredning för att överväga behov av ytterligare lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen samtidigt som rättsäkerheten garanteras.

I detta avsnitt redovisas konsekvensbedömningar avseende följande bedömningar

- Välfärdsteknik, särskilt sådan som helt eller delvis kan ersätta personal, får inte införas på sådant sätt att det innebär att äldre personer upplever att de inte har en reell möjlighet att välja bort den tekniska lösningen.
- När en kommun eller ett landsting överväger att införa olika välfärdstekniska lösningar inom vården och omsorgen om äldre personer bör det vara tydligt vilka värden som kan uppnås och om det finns risker vad gäller teknisk säkerhet och den enskildes integritet. Det är lämpligt att kommunerna utarbetar riktlinjer eller policys för vägledning i införandet som en del av sitt ledningssystem. Ett stöd i det arbetet kan bl.a. vara det material som Statens medicinsk-etiska råd (SMER) tagit fram.
- Lagförslagen i *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden om vård, omsorg och forskning* har stor betydelse för användning av välfärdsteknik och bör genomföras så snart som möjligt.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Utgångspunkten ska vara den etiska aspekten, vad som är bäst för den enskilde individen och all välfärdsteknik ska ha detta syfte. Om inköpt utrustning inte leder till detta syfte är det slöseri med resurser. Sådana inköp kan också leda till ett stort materiellt slöseri genom att den inte kommer till användning. Etiska aspekter handlar både om att använda välfärdsteknik när det är etiskt fördelaktigt och att avstå när de etiska aspekterna talar emot en användning. De samhällsekonomiska konsekvenserna kan mätas i att genom att bättre överväga konsekvenserna av välfärdstekniken kan kvaliteten bli högre och tekniken användas på ett bättre sätt.

Det finns en begränsning i användningen av välfärdsteknik genom att det är den äldre personen själv som bestämmer om en viss lösning ska användas eller ej. Det är enligt min bedömning en rimlig och angelägen begränsning, och den följer av gällande lagstiftning.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Jag bedömer att den utredning jag föreslår inte kommer att lägga förslag som kan innebära kostnader för staten.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Med den begränsning som ligger i att den enskilde bestämmer om hen ska använda en viss välfärdsteknisk lösning eller inte, kan en ökad användning av välfärdsteknik generera positiva ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

De förslag jag för fram, att välfärdsteknik ska användas för den äldres bästa, bör inte kunna leda till högre kostnader för privata utförare.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Mina förslag utgår från den lagstiftning som gäller.

Regional balans

Förslagen har ingen påverkan på den regionala balansen.

Jämställdheten

Ett tydligt fokus på etiska frågor gagnar arbetet i vården och omsorgen om äldre personer och de anställda. Tillsammans med det kompetenslyft och kunskapsstöd jag förordar höjer det kvaliteten i verksamheten vilket också kommer att vara positivt för arbetsvillkoren. Det kan skapa bättre arbetsvillkor i en kvinnodominerad arbetsmarknad.

Små företag

De förslag jag för fram att välfärdsteknik ska användas för den äldres bästa bör inte påverka små företag.

Integration

Vilka effekter välfärdsteknik kan ha på integrationen är beroende av hur den genomförs och hur väl huvudmännen och utförarna är observanta på denna aspekt. Fokus på de etiska aspekterna och anpassning till individen bör gynna integrationen

Nationella minoriteter

Vilka effekter välfärdsteknik kan ha för det samiska folket och övriga nationella minoriteter är beroende av hur den genomförs och hur väl huvudmännen och utförarna är observanta på önskemål hos äldre personer inom dessa befolkningsgrupper.

Förslag som syftar till att säkerställa att kommuner och landsting som huvudmän och utförarna har erforderlig kompetens inom välfärdsteknik

I detta avsnitt redovisas konsekvensbedömningar avseende följande bedömningar

- Jag stöder Digitaliseringskommissionens förslag att regeringen i överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting genomför ett digitalt kompetenslyft hos chefer, ledare och berörda politiker i Sveriges kommuner, samt anslår medel för en sådan utvecklingssatsning under sex år.
- Kommunerna och landstingen bör, som huvudmän för vård och omsorg om äldre personer, erbjuda personal inom vård och omsorg om äldre personer möjligheter till fortbildning om välfärdsteknik.
- Det nära sambandet mellan välfärdsteknik och hjälpmedel ställer krav på samverkan mellan kommunens och landstingets hjälpmedelsverksamhet samt med ansvariga för välfärdsteknik. Personal med kunskap om välfärdsteknik bör mot den bakgrunden ingå i kommunernas och landstingens hjälpmedelsverksamhet. Definitioner får inte hindra flexibilitet och anpassning till teknikutvecklingen.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Mitt förslag om fortbildning behandlas ovan i avsnittet om kapitel 8 om god kompetens.

Gällande mitt stöd till Digitaliseringskommissionens förslag om digitalt kompetenslyft gör jag inga andra bedömningar än de som kommissionen gjort.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Jag har inte gjort andra bedömningar än Digitaliseringskommissionen beträffande förslaget om digitalt kompetenslyft.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Min bedömning av värdet av fortbildning och kompetensstöd kan innebära högre kostnader för de kommuner och landsting som för närvarande inte kan erbjuda personal inom vård och omsorg om äldre personer tillräcklig fortbildning, eller saknar personal med spetskompetens. Detta är dock effekter som uppstår på grund av den pågående teknikutvecklingen alldeles oavsett de bedömningar jag gör eller de förslag jag lägger. De satsningar som kommuner och landsting gör kommer också att kunna ge positiva ekonomiska effekter genom att välfärdsteknikens möjligheter kan tas tillvara på ett bättre sätt.

De ekonomiska konsekvenserna för kommunerna av ett kompetenslyft redovisas i Digitaliseringskommissionens betänkande (SOU 2016:89) och i de konsekvensbeskrivningar jag redovisar i avsnittet om god kompetens.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Rent generellt kan välfärdsteknik ha positiva effekter för privata utförare, givet att de får tillgång till den fortbildning, spetskompetens och utveckling som sker nationellt, regionalt och på kommunal nivå. Ansvar för att det blir så ligger på huvudmännen. Genom att privata utförare ges möjlighet att medverka i olika projekt kan lösningar som är särskilt anpassade till vissa typer av verksamheter utvecklas och provas.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Kommunerna kan välja att delta eller inte i det föreslagna kompetenslyftet. Varje kommun bestämmer själv ambitionsnivå för fortbildning. Mina förslag bör därför inte leda till inskränkningar av den kommunala självstyrelsen.

Regional balans

Digitaliseringskommissionens förslag kan leda till en bättre regional balans genom att tillgången till kompetenslyft blir tillgänglig i hela landet. Regionala utvecklingscentra kan också leda till sådana effekter för den regionala balansen.

Jämställdheten

Satsningar på kompetenslyft och fortbildning är positivt ur ett jämställdhetsperspektiv.

Små företag

Satsningar på kompetenslyft och fortbildning kan vara intressanta och positiva för små företag.

Integration

Väl genomförd fortbildning och kompetenslyft bör ge kunskap om skillnader i äldre personers syn på och kunskap om teknik beroende av t.ex. kultur och utbildning. Det bör kunna främja integrationen.

Nationella minoriteter

Äldre personer som hör till det samiska folket och övriga nationella minoriteter bör kunna gynnas av teknikutvecklingen, på samma sätt som andra befolkningsgrupper.

Förslag som avser strategiska frågor för utvecklingen av välfärdsteknik

I detta avsnitt redovisas konsekvensbedömningar avseende följande förslag.

- Regeringen föreslås ge Myndigheten för delaktighet i uppdrag att utveckla ett förslag till en nationell strategi för stöd till innovationer av välfärdstekniska lösningar och produkter med särskild inriktning att omhänderta verksamhetsnära innovationer. Strategin bör innehålla ett tydligt jämställdhetsperspektiv.
- Regeringen föreslås ge Vinnova i uppdrag att stödja verksamhetsnära innovationer inom välfärdsteknikens område.
- Regeringen föreslås tillsätta en utredning om innehåll och former för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik. I uppdraget bör ingå att utreda behov av regionala utvecklingscentra och om behov finns lämna förslag på hur dessa ska organiseras och finansieras.
- För att stimulera utvecklingsarbete avseende nya former av välfärdsteknik och dess användning föreslås ett statligt ekonomiskt stöd om 40 miljoner kronor per år under en sexårsperiod. Detta utvecklingsarbete bör ske i nära samverkan mellan de som ska använda tekniken (den äldre personen och personalen), kommunerna som huvudmän, forskning och teknikföretag. Vinnova föreslås ha ansvaret för fördelningen av medlen.

I detta avsnitt redovisas konsekvensbedömningar avseende följande bedömningar

- Förutsättningarna att ta del av välfärdstekniken varierar i landets kommuner, bl.a. eftersom alla inte har tillgång till bredbandslösningar. Statens utlovade satsning att hela landet ska få tillgång till snabbt bredband är i detta perspektiv mycket positivt.
- Välfärdsteknik ska ses i ett större sammanhang som gäller hela digitaliseringen av välfärden, med särskild anknytning till e-hälsa och *Vision e-hälsa 2025*. För att säkerställa en långsiktig och hållbar utveckling av välfärdsteknik i vård och omsorg om äldre bör den bli en viktig del i *Vision e-hälsa 2025*.

- Behovet av att utveckla nationella, gemensamma specifikationer, i form av standarder, bör lyftas fram i den strategi för välfärdsteknik i vård och omsorg som ingår i *Vision e-hälsa 2025*.
- Jag instämmer i Digitaliseringskommissionens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att ge förslag på organisering för att säkerställa en kontinuitet i de nationella insatserna för digitaliseringen och främja det nationella arbetet på ett stabilt och uthålligt sätt.
- Ett nära samarbete med de nordiska länderna är av stor betydelse, såväl för att ta vara på kunskap och erfarenheter från varandra som att kunna få ner utvecklingskostnader och tillsammans utgöra en större marknad och en starkare part vid utveckling och köp av teknik. Regeringen bör ta initiativ till ett utökat nordiskt samarbete avseende standards, kunskapsutbyggnad och utvecklingsarbete.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Mina förslag och bedömningar är avsedda att leda till en utveckling av välfärdstekniska lösningar. Syftet är att höja effektiviteten och kvaliteten i arbetet vilket leder till positiva effekter för samhälls ekonomin. Teknikutvecklingen kan rätt använd underlätta att insatserna inom vården och omsorgen kan utföras mer rationellt med bibehållen kvalitet. Teknikutvecklingen kan skapa fler arbetstillfällen och främja samarbetet mellan forskning, företag och vård och omsorg.

Handlingsplaner för e-hälsa och välfärdsteknik, riktlinjer och policys kan bidra till mer genomtänkta välfärdstekniska lösningar. Det som upphandlas blir därmed mer planmässigt. Detta kan förväntas ge större effektivitet och därmed gynna samhälls ekonomin.

Genom samordning regionalt, nationellt och om möjligt hela Norden skapas förutsättningar för gemensamma standarder. Det kan göra välfärdstekniken billigare utifrån en given kvalitet och gynnar därmed samhälls ekonomin. Kostnaderna vid implementering av ny teknik minskar. Möjligheten till synergieffekter ökar, genom att det går att gemensamt utnyttja infrastruktur och annan

hårdvara, liksom mjukvara med gemensamma lösningar gällande program och standarder.

När välfärdstekniken ses i ett större perspektiv av digitalisering av välfärden skapas också nya utvecklingsmöjligheter genom att välfärdstekniken blir en integrerad del i andra satsningar. Det leder till att resurserna utnyttjas mer effektivt.

Vad avser mina förslag om utvecklingsstöd, och utredning om en nationell FoU-miljö och behovet av regionala utvecklingscentra, är det inte möjligt att i det här skedet göra några konsekvensberäkningar. Det föreslagna beloppet, 40 miljoner kronor per år under sex år, kan ses som en blygsam satsning i jämförelse med Norge och Danmark men jag tror att den är tillräckligt stor för att kunna ge ett betydelsefullt bidrag till dem som vill genomföra olika utvecklingsåtgärder inom välfärdsteknik. Denna satsning bör därför vara gynnsam för samhällsekonomin.

Ekonomiska konsekvenser för staten

De uppdrag jag föreslår att regeringen ska ge till olika myndigheter bedömer jag ligga inom deras ordinarie ansvarsområden.

Vad gäller regionala utvecklingscentra behöver frågan utredas ytterligare, både vad avser uppgifter, antal, omfattning av verksamheten, samarbete med befintliga FoU-miljöer samt finansiering. Dessa utvecklingscentra behöver inte utformas på samma sätt i alla regioner.

Ett nationellt FoU-organ behöver ha delar av sin verksamhet finansierad av staten. Jag har bedömt behovet av basfinansiering till lägst fem miljoner kronor årligen. Samtidigt kan vissa projekt ha kommuner som medfinansiär, och privata teknikföretag kan också ha intresse av att medverka i FoU-satsningar. Forskningsanslag bör vara möjliga. Jag tänker mig en successiv utbyggnad på tre år innan verksamheten kan nå sin fulla kapacitet. Då kan de årliga kostnaderna för staten bedömas på ett bättre sätt.

Jag föreslår ett statligt ekonomiskt stöd för att stimulera utvecklingsarbete. Projektet *Teknik för äldre* kan vara en modell för utformningen av stödet. Genom medverkan av kommuner, och teknikföretag kan den totala satsningen bli betydligt större. I Danmark och Norge har staten gett stimulansmedel för att minska

riskerna att ”puckelkostnader” för kommunerna hindrar önskvärd teknikutveckling. Med hänsyn till den stora kostnaden för staten har jag avstått från att lägga förslag om stimulansmedel i den storleken och begränsat förslaget till att vara 40 miljoner kronor med inriktning på utvecklingsarbete.

Jag föreslår att Vinnova ger stöd till verksamhetsnära innovationer. Uppdraget ligger i linje med hur Vinnova redan arbetar och kan därmed finansieras inom ramen för Vinnovas anslag.

Den nödvändiga utbyggnaden av bredband så att hela befolkningen kan erbjudas välfärdsteknik är redan finansierad genom regeringsinitiativ under 2016.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Mycket av det praktiska arbetet inom ramen för *Vision e-hälsa 2025* och e-hälsa ligger på landsting och kommuner. Om utveckling och införande av ny teknik sker mer planmässigt bör det ge lägre kostnader än om satsningar tillkommer mer ad hoc och var för sig i olika landsting och kommuner. Genom mer planmässiga och gemensamma satsningar från kommuner och landsting kan de bli mer kostnadseffektiva.

Genom gemensamma satsningar bör risken för felaktiga inköp minska, vilket får positiva konsekvenser för kommunerna.

I ett längre perspektiv bör en ökad nordisk samverkan gynna landstingens och kommunernas ekonomi, genom att det går att utnyttja gemensam kunskap och gemensamma standarder.

Innovationer och investeringar kan innebära initiala kostnader men ge positiva effekter över tid. Huvudmännen kan få så kallade puckelkostnader för välfärdstekniken innan vinsterna i form av mer effektiv vård och omsorg kan skördas. Vissa utvecklingskostnader kan finansieras genom det statliga stöd jag föreslår.

Upphandlingsmyndighetens stöd bör leda till positiva effekter eftersom det ger rådgivning i viktiga upphandlingsfrågor

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Mina förslag och bedömningar innebär inga krav på ekonomiska åtaganden för privata utförare. Varje privat utförare avgör själv vilka investeringar de kan och vill göra i välfärdsteknik. De bör då gynnas av det kunskapsstöd och de innovationsmedel som finns att tillgå. De kan också få nytta av synergieffekter och nationella, regionala och kommunala tekniksatsningar, och de bör gynnas genom att de kan ta del av standarder som utvecklas av andra.

Det stöd som ges för utvecklingsarbete och verksamhetsnära innovationer bör kunna vara gynnsamma för privata utförare som vill pröva att vara med och utveckla nya tekniska lösningar. Det förutsätter att utformningen av stöden är neutrala och inte gynnar en viss regiform.

Även för de privata utförarna gäller att det kan bli initiala kostnader som på sikt kan vara lönsamma.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

På sikt leder planmässigheten och integreringen av välfärdstekniken till en positiv effekt för kommunerna. Mitt förslag innebär inga nya åtaganden för huvudmännen utan avser hur resurser bäst kan användas. Kommuner och landsting bestämmer själva hur de vill arbeta med utveckling, inköp och användning av välfärdsteknik. *Vision e-hälsa 2025* är redan antagen. Mina förslag och bedömningar innebär att jag vill se att välfärdstekniken ges en tydligare roll i arbetet.

Regional balans

Den infrastruktursatsning vad gäller bredband som staten finansierar kommer att ha stor positiv betydelse för den regionala balansen.

Jämställdheten

Vården och omsorgen om äldre personer domineras av kvinnor, både vad gäller personal och dem som erhåller insatserna. Mot den bakgrunden bör förslagen gagna jämställdheten. Ett av syftena med både strategi och innovationsmedel är att stärka jämställdheten. Jämställdheten är en del i *Vision e-hälsa 2025*.

Små företag

Utvecklingen av välfärdsteknik kan gynna små företag som är verksamma inom området för teknikutveckling. Ökade och mer planmässiga satsningar på e-hälsa och välfärdsteknik kan gynna dessa företag utifrån lite olika aspekter. De stimulansmedel jag föreslår kan gynna små utvecklingsföretag. Privata utförare av vård och omsorg kan gynnas genom att de kan få del av infrastruktur och mjukvara inom ramen för välfärdstekniken. De kan också gynnas genom en ökad nordisk samverkan avseende standarder. Det kan på sikt ge en större marknad för dessa företag. En viktig faktor är om kommuner och landsting involverar de små företagen i satsningarna. Upphandlingsmyndighetens rådgivningsmaterial kan stärka små utvecklingsföretags möjlighet att konkurrera.

Integration

Vision e-hälsa 2025 inrymmer frågor om integration. Bättre kompetens på området bör kunna ha betydelse för allas möjligheter att få tillgång till rätt och god välfärdsteknik. Användandet av välfärdsteknik förutsätter att den äldre personen själv önskar det. Det innebär att huvudmän och utförare måste ta hänsyn till skillnader i syn på välfärdsteknik som t.ex. kan bero på olika kulturell bakgrund och syn på ny teknik, integritet mm.

Nationella minoriteter

Att det samiska folket och övriga nationella minoriteter ska beaktas ingår i *Vision e-hälsa 2025*.

En nordisk samverkan kan bidra till att nationella minoritetsgrupper i Norden kan gynnas vid en standardisering. Hänsyn kan tas till bland annat deras språk och det blir en större marknad för de teknikföretag som vill göra särskilda anpassningar.

Upphandlingsmyndighetens stöd kan leda till att kommuner i sina upphandlingar bättre lyfter fram särskilda villkor för nationella minoriteter.

Konsekvenser gällande EU-rätt

Jag bedömer att mina förslag ligger i linje med gällande EU-rätt. Förslagen syftar bl.a. till att genom utveckling av gemensamma standarder främja konkurrens och underlätta för företag inom området välfärdsteknik. Mina förslag bör leda till att förutsättningarna blir mer lika och förutsägbara för alla aktörer på området.

17.8 Kapitel 13 – Boende för äldre personer

Förslag till uppdrag till myndigheter som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga om det finns skillnader mellan kommunerna vad gäller riktlinjer och tillämpning för att bevilja bistånd till särskilt boende och vilka orsaker som i så fall kan förklara dessa skillnader. I uppdraget föreslås vidare ingå att kartlägga om det finns skillnader i möjlighet att få plats i särskilt boende mellan kvinnor och män eller beroende på socioekonomiska villkor, etnicitet, hbtq, funktionsnedsättning, eller om man tillhör det samiska folket och övriga nationella minoriteter. Kartläggningen föreslås också innefatta om kommunernas ekonomi har någon betydelse. Socialstyrelsen föreslås också kartlägga vilka skäl som anges i besluten vid avslag på ansökningar om särskilt boende, i vilken omfattning avslag överklagas och om det finns skillnader på vilka som överklagar vad gäller kön eller socioekonomi, samt om besluten ändras av domstolarna och domstolarnas skäl.

- Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att göra en studie beträffande livssituationen för personer som har ansökt om plats i särskilt boende där huvudorsaken varit oro, ångest och/eller ensamhet, men fått avslag på ansökan om särskilt boende. I studien föreslås också ingå att undersöka i vilken mån andra insatser beviljats dessa personer samt om dessa insatser i så fall visat sig ändamålsenliga och hur den äldre personens möjlighet till delaktighet och inflytande tagits tillvara.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp i vilken utsträckning kommunernas stöd i form av dagverksamhet och öppna verksamheter kan minska äldre personers behov av och önskemål om flytt till särskilt boende, samt att med ledning av denna uppföljning utforma vägledning för kommunernas arbete med dagverksamheter och öppna verksamheter för äldre personer som behöver stöd.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp dels hur olika kommuner har valt att arbeta med att ge äldre personer information, råd och stöttning för att förändra sitt boende för att få en bostad som är mer funktionell, dels utfallet av olika arbetssätt för att ge denna information och stöd.

Vidare konsekvensbedöms följande förslag:

- Regeringen föreslås att så snart som möjligt tillsätta en utredning som ser över bostadstillägget för pensionärer (BTP), det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldre försörjningsstödet, med syftet att det ska vara möjligt även för pensionärer med låga inkomster att skaffa en nyproducerad eller renoverad bostad.

Jag har även översiktligt bedömt konsekvenser av mina tillstyrkan- den till förslag i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85):

- Att regeringen ska ge Boverket i uppdrag att göra en särskild satsning, för att sprida kunskaper och erfarenheter om strategisk planering av bostadsförsörjning för äldre personer.
- Att med tillägg i bostadsförsörjningslagen tydliggöra att socialnämnden ska medverka i planeringen av bostadsförsörjningen och tillföra kunskaper och erfarenheter om levnadsförhållandena i kommunen.

- Att göra en bred utvärdering av trygghetsbostäder som boendeform med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling av konceptet samt för vilka strategier och stödåtgärder som behöver genomföras.
- Att i samband med den utvärderingen göra en sammanställning av befintlig kunskap om vilken roll gemensamma lokaler kan ha för att skapa ett socialt sammanhang i boendet.
- Att höja taket för bostadsutgiften vid bostadstillägg för pensionärer (BTP), så att det blir möjligt även för pensionärer med låga inkomster att efterfråga en nyproducerad eller renoverad bostad inför åldrandet.
- Att med tillägg i bostadsförsörjningslagen ge kommunerna ansvar att erbjuda aktuell och lättillgänglig information ”om nuvarande och planerat utbud av bostäder i kommunens olika delar, särskilt i fråga om bostäder med god tillgänglighet för personer med nedsatt funktionsförmåga och boendeformer som riktar sig till särskilda grupper”.
- Att staten ger ett fortsatt stöd till kommunernas tillgänglighetsinventeringar.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Min bedömning är att bostäder för äldre personer är en fråga för kommunernas generella ansvar för bostadsförsörjningen och inte i första hand en fråga för socialnämnden. De olika förslag som läggs i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) är angelägna, och kan, om de genomförs, ha positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Jag tänker då särskilt på förslagen om tillgängliga bostäder och utemiljö, en mångfald av olika boendeformer, en god kunskap hos kommunerna om utbudet av funktionella lägenheter för äldre personer och en väl utbyggd kommunal rådgivning. Ett höjt tak för bostadsutgiften möjliggör att även pensionärer med låga pensioner kan efterfråga en modern eller nyrenoverad bostad. Det är också viktigt med en strategisk planering för bostadsförsörjningen, där socialnämnden bör medverka.

En förväntad effekt är att äldre personer ges möjlighet att bo så att de kan leva självständigt och därmed klara sig själva längre. En

del ensamstående äldre personer kommer att vid en flytt frigöra en större bostad som då kan bli till glädje för ett större hushåll.

För äldre personer som på grund av ensamhet och/eller oro vill förändra sin boendesituation kan ett individanpassat erbjudande av insatser som riktar sig mot behoven, dvs. ensamheten och/eller oron, vara mer adekvat än att i första hand erbjuda flytt till ett annat boende. Dagverksamheter och öppna verksamheter har en stor betydelse, kompletterade med sociala stödinsatser som ges i hemmet. Dessa kan med fördel erbjudas tidigt då social samvaro även bidrar till att stärka den fysiska och psykiska hälsan. Detta kan innebära att behoven hos dessa äldre personer tillgodoses på ett enklare och ur samhällsekonomisk synvinkel bättre sätt, samtidigt som den äldre personens välbefinnande kan bli bättre.

Ekonomiska konsekvenser för staten

De uppdrag jag föreslår att regeringen ska ge till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer jag ligga inom dessa myndigheters ordinarie kompetensområde, varför jag inte kostnadsberäknat dem. De förslag i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) jag tillstyrker är kostnadsberäknade i det betänkandet.

Statens kostnad för bostadstillägg för pensionärer (BTP) är beroende av vad en kommande utredning lägger för förslag. En höjning från dagens tak om 95 procent av 5 000 kronor till 7 300 kronor skulle kosta cirka en miljard kronor. Till detta kommer en ej beräknad, men betydligt lägre, kostnad för eventuella ändringar av regelverket för det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldre försörjningsstödet.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

De förslag i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) jag tillstyrker är kostnadsberäknade i det betänkandet.

Mina förslag och bedömningar vad gäller socialnämndens stöd till äldre personer som på grund av oro, ångest och/eller ensamhet vill förändra sin bostadssituation kan, om det genomförs på ett lyckosamt sätt, både ge de äldre personerna ett bättre välbefinnande och landsting och kommuner en lägre kostnad. Besök hos läkare och annan hälso- och sjukvård och efterfrågan av vård och omsorg i boendeformer som är förhållandevis dyra kan förväntas minska.

Om de kartläggningar jag föreslår att Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska göra visar att vissa kommuner har en för hög ”tröskel” för att beviljas särskilt boende kan dessa kommuner – beroende på vilka politiska beslut som tas i kommunen – få högre kostnader för att kunna erbjuda fler äldre personer särskilt boende.

En höjning av taket för bostadsutgiften innebär att kommunerna kan få ökade intäkter för avgifter för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. De ökade intäkterna skulle kunna uppgå till drygt 65 miljoner kronor per år.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Mina bedömningar och förslag bör inte kunna innebära några ekonomiska konsekvenser för privata utförare.

Ekonomiska konsekvenser för enskilda

Om taket för bostadskostnaden i BTP höjs får det positiva effekter för äldre personer med låga pensioner och begränsade tillgångar. I första hand är det äldre kvinnor som gynnas av ett höjt bostadstillägg. Det kan möjliggöra för äldre personer, som med dagens tak inte har råd, att efterfråga en modern bostad som är mer funktionell än den de bor i.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen av förslag som läggs i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) är redovisade i det betänkandet. Mina övriga förslag och bedömningar påverkar inte den kommunala självstyrelsen.

Regional balans

De bedömningar och förslag jag har bedömer jag ger varken positiva eller negativa konsekvenser för den regionala balansen.

Jämställdheten

Tillgången till funktionella bostäder och ekonomiska förutsättningar att efterfråga dessa är särskilt viktiga för äldre kvinnor, som generellt sett har en sämre ekonomisk standard än män. En höjning av hyrestaket i BTP-systemet skulle särskilt gynna kvinnor. Som exempel kan nämnas att i åldersgruppen 85 år och uppåt så berörs 14 procent av kvinnorna och tre procent av männen av ett höjt tak för bostadsutgiften. Kvinnorna i den åldersgruppen kan få en ökning av sin disponibla inkomst med cirka 1 000 kronor i månaden (medianvärde).⁷ Den viktigaste förändringen kan dock vara att det blir möjligt för äldre kvinnor med låga pensioner och små tillgångar att efterfråga en modern bostad, med de hyresnivåer som gäller i nyproduktionen och för nyrenoverade bostäder, och att hyreskostnaden inte ska vara ett hinder att välja ett nytt särskilt boende.

Små företag

De bedömningar och förslag jag har bedömer jag ger varken positiva eller negativa konsekvenser för små företag.

⁷ Redovisningen bygger på underlag utredningen har fått från Socialdepartementet, och som redovisas i bilaga 10 *Bostadtillägg för pensionärer (BTP) och effekter av höjning av taket för bostadsutgiften*.

Integration

Andelen med låga pensioner är högre för äldre utlandsfödda som bott relativt kort tid i Sverige jämfört med äldre personer som är födda i Sverige eller bott länge i landet. Med ett höjt tak för bostadsutgiften får de bättre möjligheter att välja en bostad utifrån behov och önskemål. Det bör kunna vara gynnsamt för integrationen.

Nationella minoriteter

Jag bedömer att de förslag och bedömningar jag gör inte har någon specifik påverkan för de nationella minoriteterna.

17.9 Kapitel 14 – Flexibla former för handläggning och beslut

Förslag om ny bestämmelse i socialtjänstlagen som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- I socialtjänstlagen (2014:453) införs en ny bestämmelse, som ger kommunerna möjlighet att besluta om införande av förenklad biståndsprövning för personer som har fyllt 80 år avseende hemtjänst i form av serviceuppgifter och sociala insatser i mindre omfattning samt aktiva trygghetslarm. Den förenklade biståndsprövningen innebär att socialnämnden vid prövning av rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL kan göra sin prövning utifrån en åldersrelaterad behovspresumtion, om annat inte talar emot det. Genom bestämmelsen ges stöd för viss generalisering av behovsbedömningen, som kan förbättra kommunens förutsättningar för information till äldre personer om den förenklade biståndsprövningen och göra att dessa insatser blir mer lättillgängliga för äldre personer som behöver dem. Samtidigt ger bestämmelsen förutsättningar för kommunen att minska utredningsarbetet.

Förslag till uppdrag till myndigheter som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram vägledning till stöd för kommunerna vid tillämpning av den nya bestämmelsen om förenklad biståndsprövning. I uppdraget föreslås även ingå stöd för hur kommunerna kan arbeta med information till äldre personer om den nya bestämmelsen.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra en uppföljning av hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas vid förenklad biståndsprövning. Uppföljningen föreslås även omfatta hur förutsättningar för jämställd och jämlik omsorg, kommunernas ekonomi samt kvalitet och effektivitet påverkas.
- Regeringen föreslås ta initiativ till forskning om myndighetsutövning och behovsprövning inom äldreomsorgen, vilket kan anses ligga inom befintliga uppdrag till Forte.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att initiera och stödja ett långsiktigt utvecklingsarbete avseende genomförandeplaner hos såväl kommuner i egenskap av huvudmän för äldreomsorgen, som hos kommunala och privata utförare. I uppdraget föreslås ingå att följa upp arbetet med att utveckla genomförandeplanerna och användningen av dem. Utvecklingsarbetet bör läggas upp så att det går att följa upp genomförandeplanernas betydelse för äldre personers inflytande och delaktighet, möjlighet till lyhördhet för den äldres önskemål i utförandet, den enskildes rättssäkerhet, jämställd och jämlik omsorg, kommunens ekonomi samt kvalitet och effektivitet.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Ur samhällsekonomisk synvinkel är det angeläget att det finns en tydlighet i vilka former bistånd ska kunna ges. Det är viktigt för den äldre personen själv, dennes anhöriga, för kommuner och landsting liksom utförare av vård och omsorg. Otydlighet kan leda till osäkerhet hos de olika parterna, vilket kan ge negativa samhällsekonomiska konsekvenser. Omfattningen och betydelsen av sådana konsekvenser finns det dock inte underlag nog för att bedöma. De förslag jag lägger syftar till en ökad tydlighet och bör därför vara samhällsekonomiskt gynnsamma.

Ekonomiska konsekvenser för staten

De uppdrag jag föreslår att regeringen ska ge till Socialstyrelsen bedömer jag ligga inom denna myndighets ordinarie kompetensområde, varför jag inte kostnadsberäknat dem.

Jag bedömer inte att mitt förslag till ny bestämmelse i socialtjänstlagen ska innebära ökad kostnad för staten.

Förslaget att Forte ska stödja forskning kring myndighetsutövning och behovsprövning inom äldreomsorgen bör kunna rymmas inom Fortes ordinarie anslagsram och uppdrag.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Det finns kommuner som tillämpat former för biståndsbeslut som liknar den bestämmelse jag föreslår i socialtjänstlagen, men som upphört med det därför att de ansåg modellen kostnadsdrivande. Eftersom mitt förslag innebär att varje kommun själv får bestämma om de ska tillämpa bestämmelsen eller ej så får varje kommun ta ställning till om tillämpningen av den ger högre kostnader eller ej, och om den merkostnaden i så fall är godtagbar.

Mina förslag i övrigt bör inte få några ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Jag bedömer att inget av de förslag jag lägger ska ha några ekonomiska konsekvenser för privata utförare.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Eftersom den bestämmelse jag föreslår ger kommunerna en möjlighet som inte finns med nu gällande socialtjänstlag, men inte innebär ett krav att tillämpa bestämmelsen, så stärker bestämmelsen den kommunala självstyrelsen.

Mina förslag i övrigt påverkar inte den kommunala självstyrelsen.

Regional balans

Jag bedömer att mina förslag inte påverkar den regionala balansen.

Jämställdheten

De förslag jag lägger har ingen direkt bäring på jämställdheten.

Små företag

Förslaget om den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen bedöms inte rubba konkurrenssituationen mellan olika former av utförare av de aktuella hemtjänstinsatserna.

Integration

Mina förslag bedömer jag inte ha någon påverkan på integrationen.

Nationella minoriteter

De förslag jag lägger bedömer jag ha samma betydelse för det samiska folket och övriga nationella minoriteter som för andra befolkningsgrupper.

Konsekvenser gällande EU-rätt

Förslaget om ny bestämmelse i socialtjänstlagen bedömer jag inte strida mot EU-rätt. Jag grundar min bedömning bl.a. på vad jag redovisat i avsnittet om diskriminering i kapitel 14. Därtill kan avseende gällande konkurrensbestämmelser tilläggas att den föreslagna bestämmelsen inte rubbar konkurrenssituationen mellan utförare av de aktuella hemtjänstinsatserna och privata utförare av motsvarande tjänster på den öppna marknaden på ett oacceptabelt sätt. En av målsättningarna med bestämmelsen är visserligen att fler som är i behov av de aktuella hemtjänstinsatserna verkligen får ta del av dem. Uppnås denna målsättning så utgör detta i huvudsak endast att socialtjänsten på ett bättre sätt kan uppfylla sitt ansvar i förhållande till äldre personer.

Konsekvenser för brottsligheten

Det kan finnas en ökad risk för att en äldre person, som lämnar oriktiga uppgifter, beviljas insatser som inte är befogade. Det bör kunna uppmärksammas i de uppföljningar en kommun alltid ska göra av fattade biståndsbeslut. Hur stor denna risk är får uppmärksammas i de uppföljningar jag föreslår.

17.10 Kapitel 15 – Uppföljning

Förslag till uppdrag till myndigheter som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att utforma valida metoder för att följa utvecklingen av och kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer. I detta uppdrag har jag lagt in att ta fram en form för regelbundna undersökningar riktade till anhöriga om vården och omsorgens kvalitet ur ett anhörigperspektiv. Socialstyrelsen föreslås vidare utreda validiteten i de frågor som i dag används i brukarundersökningen och enhetsundersökningen, och med ledning av den och forskning på området göra förändringar av Äldreguiden. Socialstyrelsen föreslås göra en översyn av enhetsundersökningen i syfte att frågorna mer tydligt ska fokusera på den strukturella kvaliteten. Socialstyrelsen ska säkerställa att undersökningar som riktar sig till äldre personer med vård- och omsorgsinsatser tillgodoser olika språk, nationella minoritetspråk, teckenspråk, bildstöd och andra former för kommunikativ anpassning.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla former för kompletterande undersökningar till brukarundersökningen med t.ex. uppdrag till högskolor och FoU-miljöer att genomföra kvalitativa studier.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att i samverkan med berörda parter utveckla modeller för att beskriva status för vården och omsorgen om äldre personer, som bas för en kontinuerlig uppföljning av den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer.

- Förslag att Forte får i uppdrag att, inom ramen för pågående uppdrag med satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer, ska stödja forskning om kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen om äldre personer med särskilt tonvikt på hur den kan följas på nationell nivå.

Övrig bedömning som konsekvensbeskrivs:

- Kvalitetsregister har visat sig vara en för många verksamheter fungerande form för att arbeta systematiskt och kunskapsbaserat som underlag för ständiga förbättringar. De nationella kvalitetsregister som används inom vården och omsorgen om äldre behöver ett långsiktigt statligt stöd för att kunna utvecklas och utgöra ett stöd till verksamheten. Ett sådant stöd bör inkludera stöd till regionala FoU-miljöer för att de ska kunna stödja verksamheterna i förbättrings- och utvecklingsarbete utifrån kvalitetsregisterdata. Den överenskommelse som träffats inför 2017 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kan ses som ett viktigt steg mot ett sådant långsiktigt stöd.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Ur samhällsekonomisk synvinkel är det angeläget att ha en så säker kunskap som möjligt om hur vården och omsorgen av äldre personer fungerar. Bristande eller direkt felaktig kunskap kan leda till fel prioriteringar och beslut. Ur det perspektivet är det olyckligt att validiteten i de indikatorer som används i Öppna jämförelser och Äldreguiden inte är tillräckligt beforskade. Det är också värt att observera att svarsfrekvensen, sett till svar från de äldre personerna själva, i brukarundersökningarna ligger kring sju procent för särskilt boende och 30 procent för hemtjänsten.

Mina förslag syftar till att säkerställa att de indikatorer som används är valida, och att de kompletteras med andra sätt att få kunskap om hur vården och omsorgen fungerar. Det är också i det perspektivet jag i en bedömning förordar att överenskommelsen om statligt stöd för kvalitetsregister för 2017 förlängs för att säkra långsiktigheten i arbetet med att utveckla och använda kvalitetsregistren.

Det finns för närvarande för lite kunskap om hur vården och omsorgen tillgodoser t.ex. äldre utlandsföddas, minoriteters och det samiska folkets behov. Det är mot den bakgrunden jag föreslår att Socialstyrelsen ska arbeta för att i alla former av uppföljning beakta olika språk, nationella minoritetsspråk, teckenspråk, bildstöd och andra former för kommunikativ anpassning. Det finns annars en risk att dessa gruppers önskemål, synpunkter och behov aldrig synliggörs.

De anhörigas insatser för närstående som behöver vård och omsorg är betydande och viktiga också ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. På nationell nivå saknas kunskap om hur väl kommunernas stöd till anhöriga når ut och fungerar. Det är mot den bakgrunden jag föreslår att Socialstyrelsen ska få uppdrag att komplettera brukarenkäten med lämplig form för att få de anhörigas erfarenheter och synpunkter.

Mina förslag syftar till att det ska finnas en säker kunskap på alla nivåer, nationell, regional, huvudmanna- och utförarnivå. Kunskapen ska kunna användas för initiativ på nationell nivå, prioriteringar hos huvudmännen och utvecklingsarbete hos utförarna. Jag ser detta som strategiskt centrala frågor för samhällsekonomin.

Ekonomiska konsekvenser för staten

De uppdrag jag föreslår att regeringen ska ge till Socialstyrelsen och Forte bedömer jag ligga inom dessa myndigheters ordinarie kompetensområde, varför jag inte kostnadsberäknat dem.

Kostnaden för Socialstyrelsens uppföljning av den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer bedöms uppgå till fem miljoner kronor för respektive uppföljning, vilket om de sker i samband med varje ny mandatperiod totalt uppgår till 25 miljoner kronor inklusive ”baseline”.

Lämplig volym på ett fortsatt stöd till kvalitetsregister kommer att analyseras av regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting utifrån den överenskommelse de båda parterna träffat för 2017 om stöd detta år.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Huvudmännen har nytta av tillförlitlig statistik och sammanställningar av kvalitativa studier för sin planering, verksamhetsutveckling och för att kunna jämföra sig med andra kommuner. Mina förslag syftar till förbättringar på dessa områden.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Såväl kommunernas egen regi som privata utförare har för sin verksamhetsplanering och ekonomiska styrning, på samma sätt som på huvudmannaskapsnivå, nytta av tillförlitlig statistik och sammanställningar av kvalitativa studier.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Mina förslag syftar till att ge ökad kunskap för kommuner och landsting om kvaliteten i vården och omsorgen, vilket inte påverkar den kommunala självstyrelsen.

Regional balans

Mina förslag påverkar inte den regionala balansen.

Jämställdheten

I mina förslag till uppdrag till Socialstyrelsen lyfter jag vikten av att jämställdhetsfrågor ska belysas särskilt.

Små företag

Mina förslag bör inte ha någon specifik påverkan på små företag.

Integration

Mina förslag om uppdrag till Socialstyrelsen syftar bl.a. till att i olika undersökningar på ett säkrare sätt nå ut till personer födda i andra länder. Bättre kunskap om hur vården och omsorgen fungerar för olika personer beroende av bl.a. ursprungsland, kultur, språk och religion kan bidra till en bättre integration.

Nationella minoriteter

Mina förslag om uppdrag till Socialstyrelsen syftar bl.a. till att olika undersökningar på ett säkrare sätt ska kunna beskriva hur vård och omsorg fungerar för äldre personer som hör till det samiska folket och övriga nationella minoriteter. Genom bättre kunskap kan vården och omsorgen planeras och utformas på ett sätt som innebär förbättringar för äldre personer som hör till det samiska folket och övriga nationella minoriteter.

17.11 Kapitel 16 – Översyn av socialtjänstlagen m.m.

Förslag som konsekvensbedöms i detta avsnitt är:

- Förslag att regeringen, i direktiven till den kommande översynen av socialtjänstlagen tar upp frågan om nivån på de insatser som tillhandahålls inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska ge ”skälig levnadsnivå”? Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ge ”goda levnadsvillkor”. Två andra frågor som jag föreslår ska ingå i direktiven till den kommande översynen av socialtjänstlagen är om grunden för tillhandahållande av individuellt inriktade insatser enligt socialtjänstlagen ska vara en individuell behovsprövning och om insatser inom äldreomsorgen ska tillhandahållas inom ramen för socialtjänstlagen eller om insatser inom äldreomsorgen ska tillhandahållas enligt en egen lag.

- Att den utredning jag har föreslagit i kapitel 13 också ska se över kopplingen mellan bestämmelserna om skälig levnadsnivå avseende särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstöd och bestämmelserna om förbehållsbelopp (minimibeloppet) avseende avgifter för hemtjänst och hemsjukvård i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Den av mig föreslagna utredningen behöver samordnas med den av regeringen aviserade utredningen om översyn av garanti-pensioner m.m.
- Att regeringen tillsätter en utredning som ser över nuvarande rättslig reglering av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda i ordinärt boende. Utredningen behöver särskilt uppmärksamma konsekvenserna för äldre personer med låga inkomster och vad som ska gälla om äldre personer inte har sitt förbehållsbelopp kvar när matkostnaden är betald.
- Att skyndsamt se över om det krävs förtydliganden i den rättsliga regleringen vad gäller ansvaret för hemtjänst för äldre personer som är asylsökande och behöver hemtjänst.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Jag föreslår att i direktiven till en översyn av socialtjänstlagen utredningen får i uppdrag att överväga begreppen god och skälig levnadsnivå samt om insatser ska ges som bistånd efter individuell behovsbedömning och individuellt utformade, eller utformas som specifika rättigheter. De samhällsekonomiska konsekvenserna är beroende av vad en sådan utredning kan komma att föreslå. En högre ambitionsnivå kan innebära att en högre andel av samhällets resurser går till vården och omsorgen av äldre personer.

Vilka ekonomiska konsekvenser som kan följa av mitt förslag om översyn av bestämmelserna i socialtjänstlagen om förbehållsbelopp och kopplingen till bestämmelserna om skälig levnadsnivå i SBTP och äldreförsörjningsstödet beror på vad en sådan utredning kan leda fram till.

Mitt förslag om en översyn av den rättsliga regleringen av hur kommunerna tar betalt för mat i särskilt boende respektive för

matlåda i ordinärt boende kan, beroende av vad en sådan utredning kan utmyнна i, påverka kommunernas intäkter. Det får belysas i den av mig föreslagna utredningen.

Mitt förslag om att ansvarsgränsen mellan Migrationsverket och kommunerna avseende hemtjänst för äldre personer som är asylsökande bör vara samhällsekonomiskt neutralt.

Ekonomiska konsekvenser för staten

Vilka de ekonomiska konsekvenserna kan bli för staten av eventuella förändringar i socialtjänstlagen får belysas i den föreslagna utredningen. Detsamma gäller mina förslag om utredningar om förbehållsbelopp m.m. liksom om kommunernas debitering av mat inom äldreomsorgen.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Vilka de ekonomiska konsekvenserna kan bli för kommuner och landsting av en översyn av socialtjänstlagen får belysas i den utredningen. Det samma gäller beträffande mina förslag om utredningar om förbehållsbelopp m.m. samt om en översyn av nuvarande rättsliga reglering av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda i ordinärt boende.

Ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Eftersom en eventuell ökad ambitionsnivå i socialtjänstlagen måste svara mot högre ersättningsnivåer till utförare av vård och omsorg bör mina förslag inte ge några ekonomiska konsekvenser för privata utförare

Ekonomiska konsekvenser för enskilda

De ekonomiska konsekvenserna för enskilda av en översyn av socialtjänstlagen får belysas i den föreslagna utredningen.

En översyn av nuvarande rättsliga regleringen av hur kommunerna kan ta betalt för att tillhandahålla mat i särskilt boende respektive via matlåda kan, beroende på vilka beslut som tas med

anledning av en sådan översyn, förbättra situationen för de äldre personer som med dagens regelverk inte har sitt förbehållsbelopp kvar när mat och hyra för det särskilda boendet är betald.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Vilka konsekvenserna kan bli för den kommunala självstyrelsen av mina förslag får belysas i de föreslagna utredningarna.

Regional balans

De förslag som den föreslagna utredningen om socialtjänstlagen kan komma att lägga bör inte påverka den regionala balansen. I vilken mån ett klarläggande av ansvaret för hemtjänst för äldre personer som är asylsökande kan påverka den regionala balansen får belysas i den föreslagna utredningen.

Jämställdheten

Hur jämställdheten kan påverkas får belysas i de föreslagna utredningarna.

Små företag

Hur de föreslagna utredningarna kan påverka små företag får belysas i de föreslagna utredningarna.

Integration

I vilken mån mina förslag om översyn av socialtjänstlagen kan leda fram till förändringar som främjar integrationen får belysas i den föreslagna utredningen.

Nationella minoriteter

Den föreslagna utredningen om översyn av socialtjänstlagen får belysa eventuella konsekvenser för äldre personer som hör till det samiska folket och övriga nationella minoriteter.

17.12 Finansiering av förslagen

Mina förslag beräknas kosta totalt 1 255 miljoner kronor under den sextonåriga planperioden. Av dessa avser 416 miljoner kronor förslag under den första mandatperioden, 2019–2021.

Den största enskilda kostnaden avser ledarskapsutbildning för enhetschefer, totalt för hela planperioden 757 miljoner kronor. Totalt beräknas mina förslag avseende kompetensförsörjning kosta 857 miljoner kr. Av detta ligger 224 miljoner kronor under den första mandatperioden. Jag bedömer att denna kostnad kan klaras inom ramen för de medel som riksdagen anslagit (506 miljoner kronor) per år för åren 2019 och 2020⁸⁸. Dessa medel får enligt budgetpropositionen användas bl.a. till att öka kunskap och kompetens inom äldreområdet.

Den i övrigt största kostnadsposten avser stöd till utvecklingsarbete inom välfärdsteknikområdet, totalt 240 miljoner kronor under åren 2019–2024. Som jag redovisat ovan kan detta ses som en god investering som samhällsekonomiskt bör vara lönsam. Det bör kunna klaras genom omdisponeringar inom den totala statsbudgeten.

Resterande förslag har kostnadsberäknats till 158 miljoner, varav 72 miljoner kronor under den första mandatperioden, 2019–2021. Detta bör kunna klaras genom omdisponeringar inom Socialdepartementets budget. Det föreslagna kompetenscentret för psykisk hälsa bör kunna finansieras inom ramen för psykiatrisatsningen, givet att den satsningen fortsätter.

Nedan redovisas de olika förslagen uppdelat på när kostnaden beräknas uppstå.

⁸⁸ Proposition 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017. Förslag till statens budget för 2017, finansplan och skattefrågor*, utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, s. 171.

Tabell 17.1 Kostnader för förslagen i detta betänkande

Förslag (alla belopp i miljoner kronor)	Medel totalt	2019	2020	2021	2022	2023–2026	2027–2030	2031–2034
Högskoleutbildning för handläggare inom äldreomsorgen	70,0	2,0	8,0	8,0	9,0	34,0	9,0	
Ledarskapsutbildning för enhetschefer inom kommunernas vård och omsorg om äldre	757,0	1,0	62,0	126,5	126,0	441,5		
Utredning om rätt till Komvux	1,0	1,0						
Uppdrag till Skolverket om stöd till validering	3,0	1,5	1,5					
Utredning om genomförande av legitimation för undersköterskor	1,5	1,5						
Uppdrag till Socialstyrelsen om utvecklat kunskapsstöd	1,5	1,5						
Uppdrag till Socialstyrelsen samt UKÄ om vägledande underlag om yrkeskvalifikationer för enhetschefer	1,5	1,5						
Uppdrag till UKÄ om kartläggning av förekomst av kurser i gerontologi och geriatrik	1,0	1,0						
Uppdrag till Socialstyrelsen och UKÄ om främjande av specialistutbildning samt uppföljning	1,5	1,0				0,5		
Uppdrag till SoS, UKÄ, Skolverket och YH-myndigheten om bättre statistik och prognoser över personal	19,0	2,5	2,5	1,0	1,0	4,0	4,0	4,0
Livsmedelsverket uppdrag treårig utbildningssatsning	12,0	4,0	4,0	4,0				
Nationellt kompetens centrum – psykisk hälsa	20,0	5,0	5,0	5,0	5,0			
Forte – forskning om olika modeller	22,0	6,0	6,0	6,0	4,0			
Utvärdering av Samordnad Individuell Plan (SIP)	3,0	1,5	1,5					
Uppdrag till SoS att kartlägga hemsjukvården	5,0	3,0	2,0					
Uppföljning anhörigstöd	16,0	4,0				4,0	4,0	4,0
Stimulansmedel för utvecklingsarbete	240,0	40,0	40,0	40,0	40,0	80,0		
FoU – välfärdsteknik	80,0	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0	20,0	20,0
Totalt	1 255	83	138	196	190	584	37	28

18 Författningskommentar

18.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

4 kap.

Förenklad biståndsprövning

1 d §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitten 14.6–14.8.

Bestämmelsen innebär att det i en kommun får beslutas att förenklad biståndsprövning enligt 4 kap. 1 d § ska tillämpas i kommunen. Därvid får även beslutas, inom de begränsningar som anges i bestämmelsen, om vilka åldersgrupper den förenklade biståndsprövningen ska omfatta, vilka insatser som ska ingå och i vilken omfattning samt om den allmänna utformningen. I kommunen beslutas också om en åldersrelaterad presumtion innebärande att det vid den förenklade biståndsprövningen inom kommunen anses att de personer som omfattas av tillämpningen, har behov av vissa insatser som de ansöker om och att behoven inte kan tillgodoses på annat sätt, om inte något talar emot det.

Första stycket i den föreslagna bestämmelsen utgör ram för vad som kan prövas genom den förenklade biståndsprövningen. Denna ram utgör emellertid inte någon nivåbestämning avseende skälig levnadsnivå. I en kommun kan det inom denna ram beslutas om olika insatser och omfattningar av dessa insatser, som ska ingå i den förenklade biståndsprövningen för olika åldersgrupper, exempelvis insatser med en timma i veckan för personer, som har fyllt 80 år, och två timmar i veckan för personer, som har fyllt 85 år. Olika kommuner kan också besluta om olika innehåll, inom ramen för bestämmelsen. Den förenklade biståndsprövningen innebär inte heller hinder för att ytterligare insatser beviljas, efter vanlig biståndsprövning.

Beslut om utformning i kommunen av den förenklade biståndsprövningen torde dock normalt innebära att de aktuella insatserna kan anses ingå i vad som minst kan behövas för att uppnå skälig levnadsnivå, när det finns behov av dem. Bestämmelsen medger emellertid inte avsteg från likabehandlingsprincipen i kommunallagen (1991:900) i förhållande till socialnämndens vanliga biståndsprövning, vad gäller bedömning om vad som kan ingå för att uppnå skälig levnadsnivå. Detta innebär att det vid vanlig biståndsprövning inte får finnas missgynnande i förhållande till den förenklade biståndsprövningen, beträffande vad som kan ingå för att uppnå skälig levnadsnivå vid motsvarande förutsättningar och behov.

Tillämpningen av förenklad biståndsprövning enligt den föreslagna bestämmelsen innebär att socialnämnden vid prövning enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) utgår från den i kommunen beslutade presumtionen, så att utredningen kan förenklas. Presumtionen innebär att äldre personer som omfattas av den förenklade biståndsprövningen, anses ha behov av vissa insatser, om det inte vid ansökan, utredning eller på annat sätt framkommer omständigheter som talar emot det.

Framkommer det uppgifter som talar emot rätt till insatserna, exempelvis genom uppgift om hushållsgemenskap, får nödvändig utredning och behovsprövning genomföras på sedvanligt sätt, efter att den äldre personen har informerats och givits tillfälle att ta ställning till detta.

Tillämpning av 4 kap. 1 d § vid biståndsprövning enligt 1 § kan inte i sig leda till något slutligt beslut som kan överklagas genom förvaltningsbesvär. Gör socialnämnden bedömning att ansökan inte kan beviljas efter en mindre omfattande utredning på grund av att det framkommer uppgifter som talar emot presumtionen, så blir konsekvensen att ärendet övergår i en vanlig utredning, varefter det slutliga överklagningsbara beslutet fattas.

Den föreslagna bestämmelsen om presumtion innebär inte någon annan ändring beträffande tillämpningen av 4 kap. 1 § SoL, än en viss inskränkning i kravet på individuell prövning.

Socialnämnden, som ansvarar för att utredningen blir tillräcklig, avgör i vilken utsträckning presumtionen innebär att utredningen kan förenklas och när det krävs fördjupad utredning.

Vad som avses med serviceuppgifter och sociala insatser har behandlats i avsnitt 14.3. Med begränsningen till ”mindre omfattning” avses serviceuppgifter och sociala insatser upp till ett par timmar i veckan i ordinärt boende och med ”vissa” trygghetslarm avses mindre integritetskänsliga trygghetslarm i ordinärt boende, såsom aktiva larm.

Även om kommunen har beslutat införa förenklad biståndsprövning, så kvarstår kommunens skyldighet att göra en vanlig biståndsprövning, utan tillämpning av 4 kap. 1 d § SoL, om den äldre personen önskar detta.

Kommittédirektiv 2015:72

Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen

Beslut vid regeringssammanträde den 25 juni 2015

Sammanfattning

En särskild utredare ska ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Syftet är att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen.

Utredaren ska föreslå åtgärder som syftar till:

- Högre kvalitet och ökad effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Översyn av särskilda boendeformer
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg
- Användning av välfärdsteknologi

Utredaren ska för sina analyser, överväganden och förslag redovisa konsekvensbeskrivningar för jämställdhet och för en jämlik äldreomsorg.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2017.

Framtidens äldreomsorg står inför nya utmaningar

Den demografiska utmaningen

Äldreomsorgen är en central del av den svenska välfärden. De äldre ska få den vård och den omsorg de behöver för att kunna känna sig trygga och för att i så stor utsträckning som möjligt kunna leva sina liv på det sätt de önskar. Nu ökar antalet och andelen äldre i befolkningen vilket ibland framställs som ett problem för välfärdens finansiering. Att vi lever längre är inte ett problem, det är en glädjande utveckling. Men samtidigt som andelen äldre ökar blir fler blir den andel som ska stå för välfärdens finansiering mindre. Ökningen av antalet äldre över 80 år kommer att pågå under hela 2020-talet och ökningen väntas bli störst under perioden 2025 till 2030. Det ställer krav på välfärdens organisation och på resurstilldelning.

Förtroende för välfärdsstaten

Hög kvalitet i offentliga tjänster är inte bara viktigt för alla som direkt nyttjar den, utan för alla medborgare. Var och en ska känna att den dagen man själv, någon i ens familj eller i ens omgivning blir sjuk, behöver barnomsorg eller blir gammal så finns den gemensamma välfärden där för en. Det är basen för att människor ska vilja betala skatt. Sverige är ett land med hög tillit till och ett starkt och stabilt stöd för en omfattande välfärdsstat. För att det ska fortsätta vara på det viset behöver välfärdens hörnpelare – skola, vård och omsorg – moderniseras och gå i takt med sin tid. Det ställer också krav på långsiktiga lösningar och planering kring finansieringen; trots en ökande andel äldre måste kvaliteten vara fortsatt god. Hög tillgänglighet och kvalitet i äldreomsorgen är därför inte bara viktigt för tryggheten för dagens brukare utan också för att upprätthålla en stark folklig förankring för en offentligt finansierad äldreomsorg med höga ambitioner.

En jämlik och jämställd äldreomsorg

Människors olika levnadsvillkor visar sig i hälsoskillnader och även som skillnader i livslängd. Till exempel beräknas en person med lång utbildning leva fem år längre än en med kort utbildning. Risken att insjukna i hjärtinfarkt är i alla åldersgrupper högre för dem med kortare utbildning, både bland kvinnor och bland män.

En äldreomsorg som bidrar till att främja jämlikhet i levnadsvillkor är en äldreomsorg som är tillgänglig för alla som har rätt till den, både kvinnor och män, oavsett socioekonomisk, kulturell eller etnisk bakgrund.

Äldreomsorgens utformning är också en fråga om kvinnors villkor. Merparten av dem som arbetar inom äldreomsorgen är kvinnor och de flesta av brukarna av äldreomsorg är också kvinnor.

Äldre får ofta betydande hjälp från sina barn eller andra närstående. Det är för många en naturlig del av livet och ett sätt att vara nära och hjälpa sina anhöriga. Många slutar sitt arbete eller går ner i arbetstid och här finns tydliga klass- och könsmönster. Anhörigvård är vanligare inom lägre inkomstgrupper och 70 procent av vårdgivarna är kvinnor. Det är centralt för en jämlik äldreomsorg att anhörigas insatser i dag är, och också i framtiden ska vara, grundade på frivillighet. En jämlik äldreomsorg och hur jämställdhet mellan kvinnor och män påverkas är också faktorer som behöver följas upp och analyseras bättre.

En förändrad befolkningssammansättning

Befolkningens sammansättning förändras också på andra sätt än åldersstrukturellt. Från 90-talet och framåt har Sverige haft en varierande men ändå relativt hög invandring. Migrationsverkets prognoser tyder på att det kommer att fortsätta vara så. Detta är en stor tillgång för Sverige och något välfärdens aktörer behöver förhålla sig till. Äldreomsorgen ska vara tillgänglig för alla, även dem som inte har svenska som modersmål. Det är väl känt inom språkforskning att när en person med till exempel en demenssjukdom försämras försvinner ofta ett senare inlärt språk. Modersmålet är det som finns kvar längst. Att kunna kommunicera med personalen är central för att den äldre ska få sina behov tillgodosedda och känna

sig trygg. Detta ställer krav på personal- och kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen.

Behovet av en väl fungerande vård- och omsorgskedja

I dag är det inte ovanligt att flera olika vårdgivare är kopplade till en och samma individ. Det ställer stora krav på samverkan mellan de olika vårdgivarna och huvudmännen, både på individnivå och på organisatorisk nivå. En väl fungerande informationsöverföring mellan vårdgivare, huvudmän och professioner är centralt för att den äldre ska få vård och omsorg av hög kvalitet och för att de och deras anhöriga ska känna sig trygga. Det finns många utmaningar för en tillfredsställande vård- och omsorgskedja. Det kan bland annat handla om brister i kommunikationen och informationsöverföringen mellan olika aktörer, eller att resurserna inte följer samma flöde eller process som den äldre. Styrsystemet för framtidens äldreomsorg, liksom uppföljningen, måste förhålla sig till den mångfald av utförare som i dag finns. Detta gäller i synnerhet mot bakgrund av att allt fler sannolikt kommer att få allt mer omfattande vård och omsorg i hemmet.

Förändrade levnadsvanor och livsmönster

Dagens äldre har vuxit upp under andra och bättre förhållanden och många har högre utbildning och högre materiell standard jämfört med tidigare generationer. Många personer över 65 år fortsätter att arbeta och de flesta kan fram till 80-årsåldern klara sig på egen hand.

Socialstyrelsens folkhälsorapport från 2009 visar att andelen äldre som motionerar har ökat sedan 1980-talet och att den fysiska rörelseförmågan generellt har förbättrats. Att de äldre högre upp i åldern är mer aktiva än tidigare generationer gör också att de kan ha andra förväntningar på äldreomsorgen jämfört med tidigare generationer.

Genom den ökande medellivslängden för både kvinnor och män ökar också antalet sammanboende personer i hög ålder. Sammanboende hjälper ofta varandra och klarar sig vanligen själva längre än vad ensamboende personer gör. Det förutsätter att äldreomsorgen

ser behoven också hos äldre sammanboende. Stöd till båda eller avlastning för den ena parten har stor betydelse för deras värdighet, välbefinnande och trygghet.

Uppdraget

En nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen ska tas fram. Syftet är att inom strategiskt viktiga områden långsiktigt säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. Kvalitetsplanen ska utgöras av en helhet men de olika uppdragen ska också kunna avrapporteras innan slutrapporten lämnas. Vilka uppdrag som lämpar sig för delbetänkande och när dessa kan lämnas avgör utredaren i samråd med Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Planen ska stimulera till innovationer inom äldreomsorgen och ett strategiskt hälsofrämjande arbete på alla nivåer. Den ska vidare syfta till ökad jämlikhet, inflytande och valfrihet för äldre.

Regeringen vill särskilt betona att utredarens överväganden och förslag ska kunna bidra till att stärka utvecklingen av en jämlik och jämställd äldreomsorg.

Utredaren ska rapportera inom följande sex deluppdrag:

1 Högre kvalitet och ökad effektivitet

En dimension av kvalitet är att de som befinner sig inom äldreomsorgen är nöjda med verksamheten. Såväl de äldre som deras anhöriga ska känna sig trygga med att omsorgen är god. En aspekt av detta är att den äldre blir bemött på ett bra och respektfullt sätt och är delaktig i beslut som rör den egna omsorgen. De äldre ska så långt som möjligt själva välja när och hur stöd och service ges. Ytterligare en aspekt är att de äldre får tillgång till god och näringsriktig mat.

En annan dimension är att verksamheter som håller god kvalitet inte skapar övervältringar gentemot andra verksamheter. Håller hemtjänsten hög kvalitet är det möjligt för äldre att i högre utsträckning bo kvar i ordinarie boende och en äldreomsorg med hög kvalitet genererar färre akuta sjukhusbesök. Hög kvalitet i äldreomsorgen är således inte bara till gagn för den äldre utan också en samhällsekonomisk vinst.

För att fortsatt ha en högkvalitativ äldreomsorg också när de demografiska förutsättningarna förändras, både i hur många som nyttjar den och i hur många som bidrar till dess finansiering, måste den bedrivas på ett effektivt sätt.

Äldreomsorgens främsta resurs är dess personal. Rätt bemanning skapar ökad trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. Det ger även utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde och ökar möjligheterna att gemensamt kunna utveckla verksamheten.

Av 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialstyrelsen har i sina rapporter från uppdraget Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre redovisat att vid hälften av de inspektioner som genomfördes framkom att tillfrågad personal i särskilda boenden ansåg att bemanningen var otillräcklig eller att de anställda saknade tillräcklig utbildning och erfarenhet. Som exempel angavs att avsaknad av rätt kompetens hos den personal som rekryterades försvårade möjligheten för sjuksköterskan att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. När bemanningen inte överensstämmer med behoven hos de äldre kan det också orsaka brister i bemötande, attityder och förhållningssätt. Den äldres röst riskerar att inte bli hörd. Bristande personalkontinuitet och kompetens i kombination med en bemanning som inte är dimensionerad utifrån de äldres behov av vård utgör inte bara en patientsäkerhetsrisk, utan även en risk för att intentionerna och bestämmelserna i socialtjänstlagen åsidosätts.

Äldreomsorgen måste vara organiserad på ett sätt som ger varje medarbetare så goda förutsättningar som möjligt för att bidra till verksamheten. En god arbetsmiljö är av grundläggande betydelse. Organisation och personalförsörjning måste också vara utformad på ett sätt som innebär att rätt person verkar på rätt plats. Att så sker innebär en arbetsmiljö- och motivationsvinst för de inblandade likväl som en effektivitetsvinst för verksamheten.

I dag har många brukare kontakt med flera vårdgivare. Det gäller inte minst för äldre som har stora och sammansatta behov av vård från flera aktörer. Denna utveckling ställer höga krav på

samverkan, på adekvat information och på funktionella styrsystem. Här finns stor förbättringspotential.

Utredaren ska lämna förslag på insatser och åtgärder som kan stärka kvaliteten och förstärka effektiviteten i äldreomsorgen. Förslagen ska även avse insatser för förbättrad uppföljning av äldreomsorgens kostnader och resultat.

2 Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser

Ett preventivt arbetssätt inom vård och omsorg kan ge flera vinster. Ett sådant arbetssätt är ofta långsiktigt kostnadseffektivt och därför samhällsekonomiskt motiverat, men framför allt handlar det om att de äldre kan få ett gott och självständigt liv under en längre tid. Många olyckor, exempelvis fallolyckor, går att undvika. God och näringsrik mat, fysisk aktivitet och starka sociala nätverk kan verka förebyggande mot ohälsa. Förebyggande hälsosamtal, rådgivning och säkrare behandling med läkemedel är andra sätt att påverka risker för ohälsa bland äldre. Genom förebyggande insatser har både sjuklighet och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom kunnat minska och sannolikheten att få en demenssjukdom minskar också med bättre fungerande blodkärl.

Ett framgångsrikt förebyggande arbete kräver dock kunskap, både hos vårdgivaren och hos individen. Både kunskaps- och hälsonivå skiljer sig dessvärre mellan olika socioekonomiska grupper. Detta är något som vårdgivarna måste förhålla sig till i sitt förebyggande arbete.

En viktig del i ett förebyggande hälsoarbete är att även uppmärksamma munhälsan. Inte minst i samband med medicinanvändning kan till exempel tandstatus snabbt förändras vilket kan leda till svårigheter att få i sig tillräckligt med mat.

I det förebyggande arbetet spelar civilsamhället, med bland annat pensionärsföreningar och brukar- och anhörigorganisationer, en viktig roll. De kan fånga upp och sprida kunskap om hur ohälsa kan förebyggas men kan även genom att erbjuda ett socialt sammanhang spela en viktig roll för att förebygga ohälsa.

Det är viktigt att det förebyggande arbetet inom äldreomsorgen sker systematiskt och utifrån forskning och beprövad erfarenhet.

Det är först när insatser följs upp på ett systematiskt sätt som de kan utvärderas och förbättras.

Äldre kvinnor och män drabbas i högre grad än övriga i befolkningen av psykisk ohälsa. Kunskapsnivån inom vård och omsorg för äldre vad gäller förebyggande arbete och behandling av psykisk ohälsa behöver höjas.

Det rehabiliterande arbetet liknar i viss mån det förebyggande. En bra rehabilitering kan medföra långsiktiga ekonomiska vinster för samhället men framför allt ge den äldre en högre livskvalitet under en längre tid. Även här krävs kunskap hos såväl vårdgivaren som individen och ett strukturerat uppföljningsarbete för att säkra att rätt insats och information ges till rätt individ. När det gäller de rehabiliterande insatserna finns det ofta ett stort behov av samverkan mellan olika aktörer och vårdgivare som är kopplade till den äldre.

Utredaren ska föreslå insatser som stärker det förebyggande arbetet inom äldreomsorgen. Utredaren ska också lämna förslag på hur det rehabiliterande arbetet kan stärkas.

3 Tryggad personalförsörjning

I dag arbetar ungefär en halv miljon människor i Sverige inom vård och omsorg. En stor del av dessa uppnår pensionsålder under den närmaste tioårsperioden.

En central förutsättning för att säkra personalförsörjningen är att äldreomsorgens yrken upplevs som attraktiva. Det kommer leda till att fler söker sig till de utbildningar som finns inom gymnasieskolans ram men också inom vuxenutbildningen och specialiseringar inom till exempel geriatrik.

En lika viktig del är att kunna behålla skickliga medarbetare. Det kräver en god arbetsmiljö, tillgång till kompetensutveckling och att arbetsgivare kan erbjuda heltidsarbete. Möjligheter till utveckling gör arbetet inom äldreomsorgen mer attraktivt, höjer kvaliteten, främjar trivseln samt motverkar hög personalomsättning.

För att kunna trygga personalförsörjningen i framtidens äldreomsorg behöver det finnas flera sätt att skaffa sig den nödvändiga

kompetensen. Yrkeskravsutredningen föreslog i sitt betänkande¹ att den som inte hade rätt kompetens skulle få arbeta tillsammans med personal med dokumenterad sådan, man kan även tänka sig utveckling av andra handledningsformer. Det finns därtill ett antal arbetsmarknadspolitiska insatser som ger möjlighet att kombinera arbete och utbildning.

Det krävs även ett arbete med breddad rekrytering. Antalet anställda inom vård och omsorg i Sverige är nästan en halv miljon. Av dessa är färre än 10 procent män. Samtidigt kan var fjärde ung man tänka sig ett jobb inom sektorn.²

Tillgång till personal med kunskap i brukarnas modersmål är en central kvalitetsfaktor. Denna kommer att bli allt viktigare i takt med att antalet brukare i äldreomsorgen med annat modersmål än svenska ökar. Därför bör även detta vara en faktor i ett breddat och medvetet rekryteringsarbete.

Utredaren ska analysera och redovisa överväganden om hur äldreomsorgens personalförsörjning bättre ska kunna säkerställas. Utredaren ska också redovisa om det finns kompetensbrister inom äldreomsorgen i dag och vilka som kan förväntas uppkomma i framtiden, och hur dessa ska kunna åtgärdas.

4 Översyn av särskilda boendeformer

Många äldre föredrar att bo kvar hemma, i ordinärt boende, långt upp i ålder. Även när krafterna minskar så går det ofta att underlätta fortsatt kvarboende, men när den äldre inte längre vill eller kan det saknas ibland lämpliga alternativ. På en del håll är utbudet av sådana bostäder begränsat och på andra håll kan en lämplig men nyproducerad bostad vara alltför dyr. Trygghetsbostäder eller seniorboende som erbjuds på den öppna bostadsmarknaden har ökat möjligheterna i någon mån. Dessa finns dock inte överallt och erbjuder inte alltid den ökade trygghet som en del äldre efterfrågar.

För många blir den återstående möjligheten att ansöka om särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453). Sådana boendeformer har allt mer kommit att utformas som ett

¹ SOU 2008:126

² "Jobb som gör skillnad. Vad tycker unga om välfärdens yrken?", SKL, 2013

boende för dem med de allra största behoven, eftersom tanken är att bostaden ska vara möjlig att bo kvar i ända till livets slut, också om behoven av vård och omsorg blir mycket omfattande.

En del äldre har dock ett mer begränsat omsorgsbehov, men känner sig otrygga, ensamma och isolerade där de bor och har främst behov av ökad trygghet genom närhet till tillsyn eller tillgång till social gemenskap som till exempel gemensamma måltider. För dem utan goda ekonomiska resurser kan det saknas möjligheter att på egen hand förändra sitt boende.

Utredaren ska utifrån betänkandet från utredningen ”En förbättrad bostadssituation för äldre” (dir 2014:44) och annat relevant underlag analysera om det finns behov av en ny boendeform där äldre personer, som inte behöver omfattande vård och omsorg dygnet runt, får tillgång till trygghet och social gemenskap.

Om utredaren finner att behov av en ny boendeform föreligger ska förslag om hur en sådan boendeform kan inrättas lämnas. Utgångspunkten ska vara de äldres behov av trygghet och omsorg samtidigt som kostnadseffektivitet främjas. Utredaren ska i detta sammanhang överväga om kommunerna bör ges ökade möjligheter att lämna stöd till äldre personer som inte bedöms behöva särskilt boende med dygnet-runt-omsorg eller om boendebegreppet i socialtjänstlagen bör utvecklas.

5 Flexibla former för beslut om äldreomsorg

Många kommuner vill kunna erbjuda tjänster inom äldreomsorg genom en handläggningsprocedur som upplevs som mindre krånglig eller kontrollerande. Skälen för kommunerna kan vara att minska det administrativa arbetet och att öka självbestämmandet och delaktigheten för de äldre. Flera kommuner tillämpar någon form av så kallad förenklad handläggning eller biståndsbedömning. Myndigheten för vårdanalys kartläggning visar dock att det finns stora skillnader mellan kommunernas sätt att arbeta för att förenkla möjligheterna att få hjälp i hemmet samt i fråga om vilken flexibilitet och möjlighet till brukarinflytande som erbjuds vad gäller

tjänsternas innehåll och utformning.³ Det finns också många kommuner som uppfattar rättsläget som osäkert och har därför hittills avstått från att tillämpa liknande arbetssätt.

Utredaren ska om det bedöms lämpligt lämna förslag som innebär att kommunerna kan besluta om omsorg och annan service till äldre på ett enklare och mer flexibelt sätt än i dag. En förutsättning är att rättssäkerheten för den enskilde inte ska försämrans.

6 Användning av välfärdsteknologi

Modern välfärdsteknologi kan bidra till bättre kvalitet och högre säkerhet i både produkter och tjänster inom vård och omsorg för äldre. Det finns en stor potential inom området, både för dagens och för framtidens äldre. Det kan också bidra till att öka den enskildes självständighet och oberoende. Dessutom kan teknologin bidra till en effektivare användning av tillgängliga resurser. Det kan till exempel handla om innovativa tekniska hjälpmedel som kan användas för en uppkopplad och säker egenvård men också om innovativa arbetssätt där tekniken i vissa fall är en förutsättning och i andra fall hjälper till och förenklar. Ökad användning av välfärdsteknologi kan även bidra till bättre möjligheter att hantera de olika förutsättningar och utmaningar för äldreomsorg i glesbygd och i större tätorter.

Utredaren ska lämna förslag på hur välfärdsteknologi kan användas för en ökad kvalitet och effektivitet. Förslagen ska i analys vägas mot risker som bristande tillförlitlighet och säkerhet samt risker för isolering som en följd av att teknik kan ersätta mänsklig kontakt.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska för sina analyser, överväganden och förslag redovisa konsekvensbeskrivningar för jämställdhet. Utredaren ska även redovisa konsekvensbeskrivningar för en jämlik äldreomsorg, det vill säga en äldreomsorg som bidrar till att främja jämlikhet i levnadsvillkor och som är tillgänglig för alla, oavsett socioekonomisk,

³ "Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet inom hemtjänsten", Myndigheten för vårdanalys, PM 2013:2

kulturell eller etnisk bakgrund eller annan diskrimineringsgrund enligt diskrimineringslagen (2008:567).

Utredaren ska för sina förslag redovisa konsekvensbeskrivningar för kommuner, landsting, enskilda utförare och staten. Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner, landsting, enskilda utförare eller staten ska utredaren redovisa beräkningar av dessa. För förslag som påverkar kostnader eller intäkter för kommuner eller staten ska utredaren föreslå en finansiering. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar det kommunala självstyret ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda avvägningar som lett fram till förslagen särskilt redovisas. Om utredarens förslag förutsätter författningsändringar ska utredaren redovisa fullständiga förslag till sådana. Statistiska uppgifter om äldre personer ska redovisas och analyseras efter kön, om det inte finns särskilda skäl mot detta.

Arbetsformer för utredningen

Utredaren ska vinnlägga sig om att skapa forum för en under utredningstiden kontinuerlig dialog med berörda intressenter, till exempel fack- och arbetsgivarorganisationer, kring äldreomsorgens uppdrag, förutsättningar och medel. En parlamentarisk referensgrupp ska kopplas till utredningen.

Utredaren ska samråda med utredningen om bostäder för äldre.

Goda exempel i fråga om till exempel kvalitetsarbete, organisering, styrning, teknikanvändning, kompetensförsörjning som bedöms kunna vara viktigt för andra, bör beskrivas och presenteras på lämpligt sätt.

Redovisning av uppdraget

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2017.

(Socialdepartementet).

Sakkunniga och experter samt deltagare i den parlamentariska referensgruppen och övriga referensgrupper

Sakkunniga

Monica Malmqvist, Socialdepartementet
Madeleine Lahdo, Finansdepartementet (fr.o.m. 2016-02-16)
Stina Friberg, Arbetsmarknadsdepartementet (fr.o.m. 2016-02-16)
Erik Adell Hellström, Kulturdepartementet
Marie Nordmarc, Näringsdepartementet (t.o.m. 2016-02-15)
Sophie Ahlstrand, Näringsdepartementet (fr.o.m. 2016-02-16)
Carina Cronsioe, Utbildningsdepartementet (t.o.m. 2016-11-03)
Christina Hassel, Utbildningsdepartementet (fr.o.m. 2016-11-04)

Experter

Anders Bergh, Socialstyrelsen
Göran Bertilsson, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Raymond Dahlberg, Myndigheten för delaktighet (MFD)
Karin Eriksson, Vinnova
Jean-Luc af Geijerstam, e-Hälsomyndigheten
Mikael Nordberg, Folkhälsomyndigheten
Ulrika Hägred, Boverket
Greger Bengtsson, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Helena Henningson, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Sabina Joyau, Vårdföretagarna

Thomas Schneider, Famna
Anna Werkelin Ahlin, Svenska Kommunalarbetareförbundet
(Kommunal)
Jonas Karlsson, Vision
Johan Larson, Vårdförbundet
Camilla Sköld, Akademikerförbundet SSR
Christina Tallberg, Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
Christina Rogestam, SPF Seniorerna
Jöran Rubensson, Svenska Kommunal Pensionärs Förbund
(SKPF)
Gunvor Petersson, Svenska Kommunal Pensionärs Förbund
(SKPF)
Jöran Rubensson och Gunvor Petersson representerar även
Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG)
Tuomo Heiskala, Finska Pensionärs Riksförbund i Sverige
Ingela Månsson, Anhörigas Riksförbund

Parlamentarisk referensgrupp

Mikael Dahlgvist, Socialdemokraterna
Margareta B Kjellin, Moderaterna
Per Ramhorn, Sverigedemokraterna
Agneta Luttröpp, Miljöpartiet
Rasmus Persson, Centerpartiet
Tord Fredriksen, Vänsterpartiet
Barbro Westerholm, Liberalerna
Emma Henriksson, Kristdemokraterna

Referensgruppen Vetenskapliga experter

Lars Andersson, professor emeritus
Erik Blennberger, professor
Gösta Bucht, professor emeritus
Anna Dunér, docent
David Edvarsson, professor
Anna Forsman, docent
Wilhelmina Hoffman, verkställande direktör, Svenskt Demens-
centrum

Susanne Iwarsson, professor
Stina Johansson, professor emerita
Håkan Jönson, professor
Clary Krekula, docent
Sandra Torres, professor
Helle Wijk, docent

Referensgruppen Övriga

Mari Forslund, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
(Forte) (t.o.m. 2016-12-31)
Inger Jonsson, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
(Forte) (fr.o.m. 2017-01-01)
Marianne Svensson, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Referensgruppen Utbildning

Maria Granberg, Myndigheten för yrkeshögskolan
Aija Sadurskis, Universitetskanslerämbetet
Zenita Cider, Föreningen Vård- och omsorgscollege
Eva Ekstedt Salzmänn, Skolverket

Referensgruppen Fackliga organisationer och yrkesföreningar

Carita Nygren, Sveriges Arbetsterapeuter
Lena Zidén, Fysioterapeuterna
Susanne Westerbring, Svenska Logopedförbundet
Josephine Garpsäter, Dietisternas Riksförbund
Anne Ekdahl, Svensk Geriatrisk förening
Gunnar Carlgren, Svensk förening för allmänmedicin
Mårten Davidsson, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering MAS-MAR
Pia Joelsson, Föreningen Sveriges Socialchefer (FSS)
Eva Stål, Riksföreningen sjuksköterskan inom äldreomsorg
Jim-Alex M. Hirschi, Föreningen Social Omsorg (FSO)
Marianne Stathin, Föreningen för Sveriges Undersköterskor & Specialistundersköterskor (SUSF)

Referensgruppen Funktionshindersorganisationer m.m.

Pelle Köllhed, Handikappförbunden (HSO)

Liselotte Burvall, Lika Unika – Federationen mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (t.o.m. 2016-10-20)

Henrik Sundqvist, Lika Unika – Federationen mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (fr.o.m. 2016-10-21)

Pär Rahmström, Demensförbundet

Karin Westerlund, Alzheimer Sverige

Ann-Kristin Sandberg, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Referensgruppen Nationella minoriteter, urfolk och etniska organisationer

Bengt Niska, Svenska Tornedalingars Riksförbund

Kaisa Lamu, Sverigefinska Riksförbundet

Lydia Liu, Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS)

Josefina Skerk, Sametinget (fr.o.m. 2016-09-02)

Samtliga riksorganisationer som förträder de nationella minoriteterna judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar och som beviljats statligt organisationsbidrag 2015 har erbjudits möjlighet att nominera deltagare till referensgruppen.

Utredningens möten och besök

Acreo Swedish ICT AB

Aertbjerghaven (äldreboende), Odense

Akademiskt Centrum för äldretandvård, Stockholm

Akademikerförbundet SSR

Alfred Nobel Science Park, Örebro

AllAgeHub, Göteborg

Almega

Anhörigas riksförbund

Arbetsmarknadsstyrelsen

Attendo, äldreboende i Täby

BPSD-registret (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens), Malmö

Bräcke Diakoni

Bågenholm, Eva f.d. nationell samordnare, Äldresatsningen

Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE),
Lunds universitet

Danske SOSU-skoler, Köpenhamn

Danvikshem, Nacka kommun

Demensförbundet

Dietisternas Riksförbund

Digitaliseringsstyrelsen, Danmark

E-hälsomyndigheten

Fagligt udvalg for den paedagogiske assistentuddannelse
och social- och sundhedsuddannelsen (PASS), Köpenhamn

Famna

FORTE – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Föreningen Social Omsorg (FSO)

Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
(FUB)

Folkhälsomyndigheten

Forskningsprogrammet Omsorg & Livsmening, Ersta-Sköndal
Högskola

Fyrbodals socialchefer

Fysioterapeuterna

Gävle kommun

Göteborgs stad

Haninge kommun

Health Navigator

Helsedirektoratet, Norge

HIV Sverige

Hörselskadades Riksförbund (HRF)

Hörs kommun (på inbjudan av SPF Seniorerna och PRO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Italienska hjälpföreningen i Stockholm

Judiska Hemmet i Stockholm

Jönköpings läns socialchefs nätverk

Kalmar läns enhetschefer

Katrineholms kommun

KIVO – ESF-projekt, Gävleborgs, Jämtlands och Västernorrlands län

Knivsta kommun

Kommunal (riksorganisationen)

Kommunernes Landsforening (KL), Danmark
Kommunförbundet Skåne (KFSK)
KPMG
Landskrona kommun
Ledningskraft, Skellefteå
Ledarna
Linköpings kommun
Livsmedelsverket
Ludvika kommun
Lunds kommun
Lysekils kommun
Läkarförbundet
Mielentervehys, Finland
Ministeriet för børn, undervisning och ligestilling, Köpenhamn
Miljöpartiets seniorpolitiker
Mjölby kommun
Motala kommun
Myndigheten för delaktighet
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Myndigheten för yrkeshögskolan
Nacka kommun
Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande (NISAL),
Linköpings universitet, Campus Norrköping
Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Kalmar
Nestor FoU-center, Haninge kommun med kranskommuner
NIKOLA – Nätverket blås och tarmdysfunktion
Nordic Health Care
Nordens välfärdscenter
Odense kommun

PACTA (arbetsgivarorganisation för kommunal bolag och kommunalförbund)

Pensionärernas Riksorganisation (PRO) riksorganisationen
PRO Stockholm

QualiFare

Public Intelligence, Odense

Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering MAS-MAR

Riksrevisionen

Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG) riksorganisationen
RPG Jönköping

RPG Motala

SACO Vård

Nätverk för socialt ansvariga samordnare (SAS)/Riksföreningen för SAS (Socialt ansvarig samordnare)

Skolinspektionen

Skolverket

Socialhögskolan i Lund

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Styrelsen för patientsikkerhet, Köpenhamn

Senior Alert

Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS)

Sjuhäradsbyggdagens utvecklingsledare

SNAC

Stockholms stads Äldreborgarråd

Sundhetsstyrelsen, Danmark

Svensk förening för allmänmedicin

Svensk Geriatrisk förening

Svenska Logopedförbundet

Svenska Palliativregistret, Kalmar
Svenskt Demenscentrum
Sverigefinska Riksförbundet
Sveriges Arbetsterapeuter
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), pol.beredning
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), socialchefs nätverk
SWEDAC
Swedish Standards Institute (SIS)
Synskadades riksförbund
Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting
Upphandlingsmyndigheten
Vardaga
GR Vårld, Göteborg
Uppsala kommun
Villa Agadir, Lidingö kommun
Vinnova
Vision
Västerås kommun
Västragötalandsregionen, nätverk
Vårdförbundet
Vårdföretagarna
Vård- och omsorgscollege
Äldrepsykiatriska verksamheten i Kronoberg
Örebro kommun
Östergötlands socialchefs nätverk
Östersunds kommun



2016-09-13

**Utredningen om nationell kvalitetsplan för
 äldreomsorgen**

S 2015:03

 Äldreminister
 Åsa Regnér
 Socialdepartementet

 Särskild utredare
 Susanne Rolfner Suvanto

Inför översynen av socialtjänstlagen

Regeringen beslutade i juni 2015 om direktiven (dir. 2015:72) till Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2013:03). Jag tillträdde mitt uppdrag som särskild utredare den 1 september 2015. Under hösten 2015 bemannades utredningens sekretariat och sakkunniga, experter och deltagare i den parlamentariska referensgruppen förordnades. Vidare bildades sex referensgrupper till utredningen och deltagare i dessa utsågs. Utredningen kommer att överlämna sitt slutbetänkande till regeringen den 31 mars 2017.

Den särskilda utredaren, dvs. jag, ska ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Syftet är att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. Utredaren ska bl.a. föreslå åtgärder som syftar till högre kvalitet och ökad effektivitet. Vidare betonas att utredaren ska ha särskild fokus på en jämställd och jämlik äldreomsorg.

Det är allmänt känt att det sedan en längre tid pågår beredning av direktiv för en översyn av socialtjänstlagen i Regeringskansliet. Enligt muntliga uppgifter från medarbetare på Socialdepartementet pågår beredningen fortfarande och det finns för närvarande inte någon tidplan för när regeringens beslut kan väntas.

I utredningens arbete med två områden i direktiven – flexibla former för beslut om äldreomsorg och översyn av särskilda boendeformer – har framkommit synpunkter som enligt min mening är centrala för kvaliteten på insatser inom äldreomsorgen. Synpunkterna rör grunderna för socialtjänsten och hur äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och berör därmed även övriga verksamhetsområden som regleras i socialtjänstlagen. Min bedömning är att dessa frågor är av sådan principiell art att de inte bör hanteras enbart för äldreomsorgen utan inom ramen för en översyn av socialtjänstlagen.

Jag kommer ta upp dessa frågeställningar i slutbetänkandet som överlämnas till regeringen den 31 mars 2017. Då det är centrala frågor för kvaliteten inom äldreomsorgen skriver jag nu för att dessa synpunkter också ska kunna ingå i beredningen av direktiven till översynen av socialtjänstlagen.

Underlag, synpunkter, argument och förslag har framförts från bl.a. representanter för pensionärsorganisationerna, fackliga organisationer och yrkesföreningar, organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och forskning inom olika discipliner.

Nedanstående redovisning har diskuterats på möten med sakkunniga, experter, den parlamentariska referensgruppen och referensgruppen Vetenskapliga experter i maj 2016.

Frågor till direktiven

De frågor som enligt min bedömning bör ingå i direktiven till en översyn av socialtjänstlagen är följande:

Skälighetsnivå kontra goda levnadsvillkor

- Ska nivån på de insatser som tillhandahålls inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453) ge "skälighetsnivå"? Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ge "goda levnadsvillkor".

Individuell behovsprövning eller inte?

- Ska grunden för tillhandahållande av individuellt inriktade insatser enligt socialtjänstlagen vara en individuell behovsprövning?

Stöd till den enskilde eller tillhandahållande av vissa tjänster?

- Ska inriktningen på insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen även i fortsättningen vara att biståndet är utformat så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv eller ska äldreomsorgen ha i uppdrag att tillhandahålla vissa tjänster?

Reglera äldreomsorgen i socialtjänstlagen eller en egen lag?

- Ska insatser inom äldreomsorgen tillhandahållas inom ramen för socialtjänstlagen eller ska insatser inom äldreomsorgen tillhandahållas enligt en egen lag?

Bakgrund och motiv för frågeställningarna

Vem som framför synpunkter på hur äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen och ur vilket perspektiv påverkar självklart innehållet i synpunkterna. Det som är gemensamt är dock att lagstiftningen om äldreomsorgen i socialtjänstlagen uppfattas som otydlig. Det leder i sin tur till att den blir ojämlig.

Lagstiftningen och rättspraxis ger inte information om i vilka situationer och vilka insatser den äldre personen och dennes anhöriga kan förvänta sig från äldreomsorgen och med vilken kvalitet. Vidare är det inte tydligt vad som förväntas av politiker på kommunal nivå och därmed blir förväntningar på chefer på olika nivåer, handläggare och omsorgspersonal otydliga.

I olika sammanhang¹ lyfts fram att äldreomsorgen i lagstiftningen hanteras på ett annat sätt än insatser till yngre vuxna personer, dvs. personer i åldern 18-64 år. Inom funktionshindersområdet används ordet medborgare medan den äldre (personen) benämns omsorgstagare när det gäller äldreomsorg. Begrepp som inflytande, självbestämmande och leva som andra betonas inom funktionshindersområdet medan trygghet, stödja, trösta och bevara är begrepp som lyfts fram inom äldreomsorgen.

Skälig levnadsnivå kontra goda levnadsvillkor

När det gäller omsorg för äldre personer kan insatser tillhandahållas enligt två lagar, socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Avgörande för om den äldre personen (65 år och äldre) ska få insatser enligt SoL eller LSS är om funktionsnedsättningen är medfödd eller förvärvad före 65 års ålder. Denna skillnad framgår tydligt av lagstiftningen. Alla personer – oavsett ålder och funktionsnedsättning – omfattas av SoL. Personer med omfattande funktionsnedsättning som ”inte uppenbart beror på normalt åldrande” omfattas under vissa förutsättningar av LSS och i vissa fall även av 51 kap. Socialförsäkringsbalken (assistansersättning).

Utformningen av dessa lagar skiljer sig åt. SoL är en ramlag där det anges att enskilda har rätt till bistånd om de *inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt*. Det anges inte i lagen vilka insatser som den enskilde kan beviljas eller vilka orsaker som ger rätt till bistånd. LSS är utformad som en rättighetslag där det tydligt anges att personer som tillhör någon av de tre personkretsar som räknas upp i lagen (1 § LSS) har rätt till insatser om de *behöver* sådan hjälp. I lagen anges de tio insatser som den enskilde kan beviljas (9 § LSS).

¹ Erlandsson, S. (2014), Schön, P. (2014), Jönson, H. & Harnett, T. (2015), Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007)

Enligt 4 kap. 1 § SoL ska den enskilde genom beviljat bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Enligt 7 § LSS ska den enskilde genom insatserna som beviljas tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Av bestämmelsen i SoL framgår inte vad som avses med begreppet skälig levnadsnivå. I förarbeten till den tidigare socialtjänstlagen anfördes att det skulle vålla stora svårigheter att närmare ange vad som avses med skälig levnadsnivå i lagtexten. Detta måste bedömas med utgångspunkt i den tid och de förhållanden vilka den hjälpbehövande lever i. Det måste därför överlämnas åt kommunerna att fastställa vilken levnadsnivå som ska anses skälig.² I senare förarbeten beskrivs skälig levnadsnivå som ett uttryck för kvaliteten i insatsen och vilken ambitionsnivå som kan vara rimlig i ett enskilt fall mot bakgrund av rättighetsbestämmelsens syfte, det vill säga en yttersta garanti för medborgarnas livsföring i olika avseenden.³

Den 1 januari 2011 infördes en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorgen i 5 kap. 4 § SoL. Samtidigt gjordes ett tillägg i 5 kap. 5 § SoL som anger att den äldre personen så långt det är möjligt kunna välja när och hur stöd och hjälp i hemmet i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Även om den befintliga lagstiftningen som rör äldreomsorg kompletterades med dessa bestämmelser ger de inte den äldre personen rätt till ett visst bistånd. Den enskildes rätt till bistånd regleras fortfarande i 4 kap. 1 § SoL.⁴

En mycket vanligt förekommande uppfattning är att det finns en skillnad när det gäller vilken nivå insatser enligt SoL respektive enligt LSS ska ge den enskilde.⁵ Oberoende av om det varit lagstiftarens intention, och i så fall hur stor skillnaden ska vara, så ifrågasätts uttrycken ”skälig levnadsnivå” och ”goda levnadsvillkor”. Som exempel kan nämnas att skillnaden blir uppenbar när personer som har haft insatser enligt LSS och efter fyllda 65 år behöver andra eller mer omfattande insatser enligt socialtjänstlagen. De nya eller utökade insatserna enligt SoL ska ge ”skälig levnadsnivå” i jämförelse med de insatser som personen får enligt LSS som ska ge ”goda levnadsvillkor”.

I direktiven (dir. 2016:40) till utredningen Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen tas frågan om brister i lagstiftning och tillämpning upp (s. 8 och s. 18). Där anges att ”Lagen ger stort tolkningsutrymme och definierar t.ex. inte begreppen goda levnadsvillkor, delaktighet och självständighet och redovisar inte heller vad att ’leva som andra’ i praktiken innebär.” Utredaren får därför i uppdrag att lämna förslag till hur de kriterier som ska ligga till grund för

² Prop. 1979/80:1 Del A s. 186

³ Prop. 2000/01:80 s. 91

⁴ Prop. 2009/10:116 s. 97

⁵ Svensson, G. (2000), Nyberg, G. (2005), Erlandsson, S. (2014), Jönson, H. & Harnett, T. (2015), Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007)

bedömningen av rätt till och omfattning av insatser kan definieras tydligare och mer transparent så att bedömningskriterier vid prövning av rätt till insatser inte blandas samman med målen i lagstiftningen.

I olika sammanhang har framförts att ”skälig levnadsnivå” har blivit en miniminivå eller ett tak för nivån på insatser, till skillnad från det som beskrivs i förarbeten till socialtjänstlagen.⁶

Rättstillämpningen anses inte ha blivit ett stöd för kommunerna, då det fortfarande nästan 35 år efter lagens ikraftträdande finns få prejudicerande domar gällande skälig levnadsnivå inom äldreomsorgen.

Det finns några kammarrättsdomar där domstolen har tagit ställning till vad som är skälig levnadsnivå. Som exempel kan nämnas att domstolen anser att den äldre personen får duscha tre gånger i veckan ger en skälig levnadsnivå, och därmed avslås den enskildes ansökan om dusch varje dag.⁷ Vidare finns kammarrättsdomar där det klargörs att den äldre personen får hem varor från affären ger en skälig levnadsnivå, och att den enskilde inte har rätt till bistånd i form av hemtjänst för att följa med till affären.⁸

De allra flesta kommuner⁹ har tagit fram riktlinjer för hur rätten till olika insatser inom äldreomsorgen ska bedömas och ibland formulerat vad kommunen anser ger skälig levnadsnivå.

Det kan finnas flera skäl till att en kommun tar fram riktlinjer för behovsbedömning inom äldreomsorgen. Ett är att riktlinjerna ska vara till stöd för biståndshandläggare och andra beslutsfattare när de gör bedömningen av den äldre personens rätt till insatser och bidra till en likvärdig bedömning mellan handläggare för att öka rättssäkerheten. En risk som finns är att riktlinjer blir så styrande att den enskildes behov av insatser inte prövas individuellt enligt lagstiftningen och att den enskildes rättigheter därmed inskränks.¹⁰ Det finns skäl att tro att detta också skapar stora skillnader mellan kommuner, vilket påverkar målet med en jämlik och jämställd omsorg om äldre.

⁶ Svensson, G. (2000), Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2014), Kommunal (2016), Akademikerförbundet SSR (2016)

⁷ Kammarrätten i Göteborg, mål 4683-2014, meddelad den 23 januari 2015

⁸ Kvällsposten 2015-03-12

⁹ Socialstyrelsen (2011)

¹⁰ Socialstyrelsen (2013), Inspektionen för vård och omsorg (2016)

Individuell behovsprövning eller inte?

I olika sammanhang¹¹ har det ifrågasatts om det behövs en individuell behovsprövning när det gäller individuellt inriktade insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen. Ska kommunens uppgift i stället vara att tillhandahålla vissa tjänster som en äldre person kan beställa när hen vill ha tjänsten?

Om kommunens uppgift är att tillhandahålla vissa mer eller mindre standardiserade tjänster förändrar det i grunden utgångspunkterna för socialtjänstens arbete såsom det uttrycks i den s.k. portalparagrafen (1 kap. 1 § SoL) och biståndsparagrafen (4 kap. 1 § SoL). I den sistnämnda paragrafen anges att biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Reglera äldreomsorgen i socialtjänstlagen eller i en egen lag?

Det har framförts synpunkter som innebär ett ifrågasättande av att insatser inom äldreomsorgen regleras i socialtjänstlagen.

När socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 januari 1982 reglerades både barnomsorg och äldreomsorg i lagen – två områden som omfattade stora grupper av befolkningen i olika delar av livsloppet. År 1998 flyttades bestämmelserna om barnomsorg från socialtjänstlagen till skollagen. Det innebär att numera är äldreomsorgen det enda område i lagen som omfattar i princip alla människor som uppnår en viss ålder – 65 år och äldre.

Övriga områden och individuella insatser som regleras i socialtjänstlagen omfattar personer som någon gång under livet behöver ekonomiskt bistånd, stöd vid substansberoende, i situationer när föräldrar samt barn och ungdomar behöver stöd från socialtjänsten eller när yngre personer (0–64 år) behöver stöd och service på grund av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Sammanfattning

Min bedömning är att det finns goda skäl att belysa ovan redovisade frågor på ett fördjupat sätt då de påverkar socialtjänstlagens grundprinciper. I detta ligger också behovet av en grundlig analys av hur eventuella förändringar påverkar målet att uppnå en jämställd och jämlik äldreomsorg.

¹¹ Henriksson, S. & Önstorp, B. (2006), Hjalmarsson, I. (2014), Micko, L. (2016)

Uppfattningen om vad äldreomsorgen omfattar och vilket stöd som kan förväntas till äldre personer i olika situationer påverkar samhällets kontrakt med sina medborgare. I mars 2017 kommer jag att överlämna ett förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, vars syfte är att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. I betänkandet kommer jag bland annat att lägga fram förslag som berör både flexibel handläggning och beslut inom äldreomsorgen och särskilda boendeformer för äldre.



Susanne Rolfner Suvanro
särskild utredare

Referenser

- Akademikerförbundet SSR* (2016) Inför översyn av socialtjänstlagen. Skrivelse till Socialdepartementet daterad 2016-02-15
- Erlandsson, Sara (2014) *Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service*. Stockholms universitet. Doktorsavhandling
- Henriksson, Sture & Önstorp, Bror. (2006) *Stöd utan krångel: Linköpingsmodellen inom svensk äldreomsorg*.
- Hjalmarsen, Ingrid (2014) *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2014:2
- Inspektionen för vård och omsorg (2016) *Tillsynsrapport 2015. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*.
- Jönson, Håkan & Harnett, Tove (2015) *Socialt arbete med äldre*. Natur & Kultur
- Kammarrätten i Göteborg, mål nr 4683-2014, meddelad den 23 januari 2015
- Kommunal (2016) *Skäligt är inte gott nog – en rapport om äldres boende*.
- 86-åriga Asta vill bara följa med och handla. (2015) *Kvällsposten* 2015-03-12.
- Micko, Lena. (2016) Ålderdomlig lag ett hinder för god service. *Svenska Dagbladet* 2016-05-26. Debattartikel
- Nyberg, Greger (2005) *Goda levnadsvillkor eller skälig levnadsnivå ... efter 65 år*. Lunds universitet, Socialhögskolan. Magisteruppsats
- Skäligt är inte värdigt nog. Höjda krav på ambitionsnivån inom äldreomsorgen. (2016) *PRO Pensionären nr 6/2016*
- Schön, Pär (2014) Socialtjänstlagen – ett tidsdokument från en svunnen tid? *Äldre i Centrum nr 2/2014*
- Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*

Socialstyrelsen (2013) *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen. Några vanliga frågor och svar om handläggning – från ansökan till verkställighet*. Informationsbroschyr

Svensson, Gustav (2000) *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor: bedömning i förvaltningsdomstolar*. Norstedts juridik

Szebehely, Marta. & Trydegård, Gun-Britt. (2007) Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender?. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2–3 2007

Szebehely, Marta. & Trydegård, Gun-Britt. (2014) Hur mycket självbestämmande ryms det i skälig levnadsnivå? Socialtjänstlagens visioner och äldreomsorgens realiteter. I Pettersson, U. (red.). *Tre decennier med socialtjänstlagen – utopi, vision, verklighet*. Gleerups

Beskrivning av datakällor, bearbetning och kvalitetssäkring av data från Statistiska Centralbyrån

Strukturlönestatistiken

Uppgifter om antal anställda samt antal årsarbeten i Statistiska Centralbyråns (SCB) analyser kommer från strukturlöneundersökningen för kommuner, landsting samt privat sektor. Populationen är avgränsad till näringsgrenarna 87.301 Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre personer och 88.101 Öppna sociala insatser för äldre personer. Åldersavgränsningen är 18–64 år för åren 2009, 2010, 2011 och 2013. År 2014 och 2015 är åldersavgränsningen 18–66 år. Varje anställd måste också ha en tjänstgöringsomfattning på minst fem procent vid mättillfället. Anställda som har en lön uppräknad till heltid som understiger 12 000 kronor exkluderas också.

Datainsamlingen för kommuner och landsting görs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med mättidpunkt 1 november respektive år. Undersökningen är en totalundersökning där all personal anställd 1 november ska ingå.

Tjänstgöringsomfattningen redovisas för månadsanställda som överenskommen sysselsättningsgrad reducerad med tjänstledighetsomfattning. Ingen hänsyn tas till annan frånvaro såsom sjukdom, semester eller föräldraledighet. För timavlönade finns inte någon sysselsättningsgrad fastställd. I stället beräknas den genom antalet faktiskt arbetade timmar/165.

Ett villkor för att en månadsanställd person ska tas med är att personen ifråga har varit anställd under november månad. För tim-

avlönade gäller att de personer som fått lön utbetald i november för inarbetad tid under oktober eller motsvarande månadsperiod.

SKL använder yrkesklassificeringen AID (Arbetsidentifikation) som nycklas till SSYK (Standard för svensk yrkesklassificering). Till undersökningen 2014 ersattes SSYK96 med SSYK2012 som är en reviderad upplaga. Det gör att uppgifterna för 2009, 2011 och 2013 inte är helt jämförbara med uppgifterna för 2014 och 2015.

I privat sektor görs en urvalsundersökning. För varje årlig undersökningsomgång dras ett stratifierat obundet slumpmässigt urval (OSU) utan återläggning av företag (juridisk enhet) i urvalsramen. Urvalsramen stratifieras efter näringsgren (SNI) och storleksklass i cirka 420 strata. Urvalsstorleken är cirka 8 000 företag och urvalsramen är verksamma företag som är registrerade i Företagsdatabasen och som har minst en anställd. De strata med företag som enligt SCB:s företagsdatabas (FDB) har 500 eller fler anställda samt Svenska kyrkan, som från och med år 2000 ingår i privat sektor, totalundersöks. Av de allra minsta företagen (1–9 anställda) undersöks knappt två procent. Genom att undersöka cirka fyra procent av alla företag/organisationer/stiftelser i urvalsramen insamlas därmed uppgifter avseende drygt en miljon individer, vilket utgör cirka 50 procent av de anställda i privat sektor

Uppgifterna samlas in antingen av SCB eller av en arbetsgivarorganisation. De flesta arbetsgivarorganisationerna använder egna yrkesklassificeringar som nycklas till SSYK innan datamaterialet skickas till SCB. Mättidpunkt är september månad.

Uppräkningsfaktorerna beräknas inom varje strata där antal företag i ramen divideras med antal svarande företag inom stratumet. Undersökningen har ett visst bortfall. För att kompensera för bortfallet tillämpas rak uppräkningsfaktor per stratum och personalkategori. Utvalda och svarande företag representerar således såväl icke utvalda som icke svarande företag. Per stratum och personalkategori beräknas en uppräkningsfaktor genom att dividera det totala antalet urvalsobjekt (företag) i urvalsramen i respektive stratum (N) med antalet svarande företag i respektive stratum (nsvar). Individposterna i respektive stratum tilldelas respektive stratums uppräkningsfaktor. Substitutions- eller imputeringsförfaranden förekommer ej.

Resultaten räknas upp med hjälp av uppräkningsfaktorerna till att avse hela populationen och uppgifterna publiceras på www.scb.se i form av tabeller och diagram samt i de statistiska databaserna. Där

finns även konfidensintervall publicerade som visar på osäkerheten hos en viss skattning.

För att säkerställa kvaliteten på statistiken granskas alla data både på mikro- och makronivå enligt tidigare fastställda kriterier och förfaranden. För mer ingående beskrivning av kvaliteten statistiken se dokumentation av undersökningen på www.scb.se/AM0103.

Sambearbetning med utbildningsregistret

För att beskriva andelen av vissa yrkesgrupper som har yrkesutbildning för sitt arbete har en sambearbetning genomförts mellan uppgifterna för personal inom de aktuella verksamhetsområdena med utbildningsregistret. Sambearbetning har genomförts för åren 2008, 2013 samt 2015. För de två förstnämnda åren har följande yrkeskoder använts: 5132 undersköterskor m.fl., 5133 vårdbiträden m.fl. samt 5139 övrig vård och omsorgspersonal (SSYK96). För 2015 har personal inom yrkeskategorierna 5321 undersköterska, 5330 vårdbiträde samt 5349 övrig vård- och omsorgspersonal (SSYK12) tagits med.

Statistiken över befolkningens utbildning (utbildningsregistret) innehåller uppgifter om utbildningsnivå och utbildningsinriktning. Uppgifter om genomgångna utbildningar rapporteras kontinuerligt till SCB från landets skolor och utbildningsanordnare.

För kommunal vuxenutbildning inkluderas avklarade poäng i kurser med inriktning 723, omvårdnad och 762, social omsorg som personer genomgått från höstterminen 1988 och fram till det aktuella redovisningsåret. Antalet poäng som ska vara avklarade för att inkluderas är det antal poäng i yrkesämnen i den gymnasieutbildning inom vård och omsorg som gällde för respektive period.

De som har slutfört gymnasial yrkesutbildning eller yrkesförberedande utbildning från 1988 och fram till mätåret har också inkluderats.

För arbetsmarknadsutbildning har de personer som har sådan utbildning med inriktning 723, omvårdnad, under en tvåårsperiod för mätåret tagits med.

Utbildningsregistret visar högsta slutförda utbildning. En person som har genomgått vård- och omsorgsämnen men som även slutfört en teoretiskt inriktad gymnasieutbildning eller en efter-

gymnasial utbildning registreras därför på de senare. För att identifiera och inkludera personer som har en vård- och omsorgsutbildning men som i registret har en annan gymnasial eller eftergymnasial utbildning som högsta utbildning, har en bearbetning av tidigare versioner av registret bearbetats. Härigenom har förekomsten av vård- och omsorgsutbildning för personer i urvalet, dvs. anställda inom vården och omsorgen om äldre respektive år kunnat identifieras.

För arbetsmarknadsutbildning finns stor osäkerhet om till vilken nivå eleverna kvalificeras. För dessa har också endast ett par år i anslutning till mätåret tagits med.

Utökad vuxenutbildning inom programgemensamma ämnen vård och omsorg

I denna bilaga redovisar jag mer ingående än i kapitel 8, en beräkning av vilket tillskott av yrkesutbildade undersköterskor den ökning av de statliga medlen till kommunal vuxenutbildning som riksdagen vid slutet av 2016 beslutade om, efter förslag i regeringens budgetproposition (prop. 2016/17:1).

Mina beräkningar visar att det behövs en kraftig ökning av antalet personer som årligen uppnår den nivå i yrkesämnena inom vård och omsorg som motsvarar minst 1 400 poäng. Detta antal behöver öka med cirka 12 000 årligen, jämfört med nivån 2015. Den absoluta merparten av denna ökning bör ske inom den kommunala vuxenutbildningen. Mindre ökningarna kan komma att ske inom gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram samt inom arbetsmarknadsutbildningen.

I statens budget anslås medel som motsvarar ett visst antal årsstudieplatser. Eftersom det normalt tar 1,5 års heltidsstudier för att uppnå 1 400 poäng så krävs 18 000 nya årsstudieplatser för att årligen ge ytterligare 12 000 personer möjlighet att slutföra studierna.

År 2015 var det ungefär 4 000 personer som slutförde studier inom de tre nämnda utbildningsformerna. Den beräknade efterfrågan ligger på cirka 16 000 personer¹ i årligt tillskott till arbetskraften. Det innebär att utbildningsvolymen behöver fyrdubblas, dvs. utökas med 12 000 personer.

¹ Uppgiften kommer från Statistiska Centralbyråns beräkningar i rapporten *Vård- och omsorgsutbildade – i dag och i framtiden*. Stockholm, 2015.

Till utbudsnivån 4 000 ska läggas en stor mängd studerande inom Komvux som slutförde studier på lägre nivå än 1 400 poäng, vilket framgår av nedanstående sammanställning, som avser 2015.

Tabell 1 Elever som slutförde studier i yrkesämnena inom vård och omsorg inom kommunal vuxenutbildning fördelat på antal poäng i dessa ämnen år 2015

Poäng och antal personer

Uppnådda poäng	Antal personer	Kompletteringsvolym
1 000	1 316	526 400
1 100	1 902	570 600
1 200	2 010	402 000
1 300	1 325	132 500
Summa	6 553	1 631 500

Källa: Statens Skolverk, personliga uppgifter efter särskild bearbetning av myndighetens statistik.

De cirka 1 630 000 poäng som skulle behövas för att elever som avslutat sina studier innan de uppnådde 1 400 poäng år 2015, motsvarar cirka 1 630 årsstudieplatser.

En ökning med cirka 1 630 årsstudieplatser skulle ge en betydande ökning i antal personer som uppnår 1 400 poäng. Det motsvarar 7 400 personer – 830 (= antalet som uppnådde 1 400 poäng 2015), dvs. 6 570 personer.

Riksdagen har med anledning av regeringens budgetproposition 2016/17:1 beslutat bygga ut yrkesvux och Lärlingsvux med 7 900 årsplatser. Regeringen avser att som villkor för att få del av det utbyggda yrkesvux ställa krav på att ansökande kommuner själva finansierar minst motsvarande antal utbildningsplatser. Om statens bidrag fullt ut kommer att användas innebär det ett tillskott på 15 800 årsplatser år 2019.

År 2014 utgjorde vård- och omsorgskurserna 45 procent av den totala volymen inom yrkesvux. Om denna andel skulle bestå till 2019 skulle det innebära ett tillskott om 7 110 årsplatser inom området, vilket medför att ytterligare 4 700 personer årligen kan slutföra 1 400 poäng yrkesämnena.

Riksdagen har även med anledning av budgetpropositionen beslutat införa en utbildningssatsning för tidsbegränsat anställda inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Denna satsning är knuten till så

kallade extratjänster inom verksamheterna. Utbildningssatsningen omfattar under åren 2017–2020 totalt 10 000 årsplatser, dvs. i genomsnitt 2 500 platser per år, vilket motsvarar att 1 300 tidsbegränsat anställda per år kan uppnå 1 400-poängsnivån.

Tillskottet om $4\,700 + 1\,300 = 6\,000$ personer bör kunna ge mer än en fördubbling mot examinationsvolymen år 2015.

I arbetskraften finns många som läst yrkesämnen, om än inte upp till 1400-poängsnivån. Som jag nyss visat för år 2015 skulle 1 630 ytterligare årsstudieplatser kunna ge ytterligare 6 570 examinerade elever. Om detta förhållande fortsätter att gälla framöver skulle ett betydande tillskott uppkomma. Om cirka 2 000 av nytillskottet av årsplatser används för kompletteringsutbildning uppkommer ett tillskott om cirka 8 000 examinerade per år. Till detta ska läggas återstående drygt 4 000 i tillskott genom den beslutade utökningen av yrkesvux och utbildningssatsningen på visstidsanställda.

Detta innebär att om den beslutade utökningen av vuxenutbildningen inom vård och omsorg, som riksdagen beslutat om också kan genomföras, så skulle en betydande utökning av volymen komma till stånd. Beräkningarna visar att om yrkesutbildningsresurserna används på ett klokt sätt så skulle det ge ett tillskott årligen om cirka 12 000 personer med slutförda studier i yrkesämnen om 1 400 poäng inom vård och omsorg. Det är också drygt den nivå som, tillsammans med nuvarande volym om cirka 4 000 personer, motsvarar den bedömda efterfrågan om cirka 16 000 personer.

Till detta ska läggas att en del elever, särskilt de som är visstidsanställda, genom validering kommer att kunna begränsa antalet kurser som de behöver genomgå. Eftersom validering vanligtvis medför lägre kostnader minskar det belastningen på anslaget.

Ytterligare en faktor som bör beaktas är att elever som före 2015 läst kurser inom vård och omsorg, utan att ha uppnått 1 400 poäng, kan återkomma till studier och därmed inte behöver studera samtliga kurser. Även det innebär att de årsstudieplatser som skjuts till yrkesvux och utbildningssatsningen på visstidsanställda kan räcka till för fler elever. En förutsättning för detta är dock att regelverket för den kommunala vuxenutbildningen utformas så att personer ges goda förutsättningar att komplettera sin tidigare utbildning.

Statistikunderlag kompetensförsörjning

Uppgifter om personalomsättning och andel timavlönade från Sveriges Kommuner och Landsting

Jag har beställt vissa bearbetningar av den personalstatistik som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har. Det gäller dels personalomsättning bland månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden, dels andelen av dessa yrkesgruppers arbete som utförs av timavlönade.

Personalomsättning

För månadsanställda undersköterskor respektive vårdbiträden har andelen bland dessa som avslutat sin anställning mellan två på varandra följande år beräknats. Beräkningarna har genomförts för personal i kommungrupperna: storstäder, förortskommuner till storstäder, större städer, glesbygdskommuner samt övriga kommuntyper sammanslagna till en kategori. Resultaten framgår av nedanstående tabell.

Tabell 1 Personalomsättning för månadsanställda undersköterskor respektive vårdbiträden i kommunerna, åren 2008–2014

Fördelat på kommungrupper, procentandelar

Yrkesgrupp/år	-08/-09	-09/-10	-10/-11	-11/-12	-12/-13	-13/-14	-14/-15
Undersköterskor							
Storstäder	9,3	10,4	8,2	8,2	7,2	7,2	8,4
Förorts-kommuner	9,4	9,1	8,6	9,2	11,3	9,5	10,7
Större städer	6,2	5,7	6,5	5,8	5,9	6,0	7,0
Glesbygds-kommuner	8,5	6,1	5,1	5,8	5,1	6,1	5,8
Övriga kommuner	5,3	5,5	5,1	5,4	6,0	5,9	7,4
Vårdbiträden							
Storstäder	15,4	16,5	14,2	11,8	10,9	9,9	11,4
Förorts-kommuner	11,2	11,9	11,8	12,5	12,9	13,5	12,1
Större städer	8,9	7,9	8,4	7,8	8,6	7,8	9,1
Glesbygds-kommuner	10,9	9,7	8,3	10,0	7,6	8,3	9,7
Övriga kommuner	8,2	7,7	7,5	7,6	7,8	8,1	9,1

Källa: Personalstatistik för respektive år från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), bearbetade uppgifter för utredningen.

Genomgående är personalomsättningen högre bland vårdbiträden än bland undersköterskor. Det finns tydliga skillnader mellan kommuntyperna. Det är i förortskommuner som personalomsättningen är högst, förutom under några år då den varit högst i storstäderna. Över tid har personalomsättningen bland undersköterskor minskat i glesbygdskommuner och ökat i övriga kommuner. För vårdbiträden finns en minskande trend i storstäder, men i övrigt saknas tydliga mönster i förändringarna i personalomsättningen.

Andel timavlönade

Det totala antalet utförda årsarbeten av undersköterskor respektive vårdbiträden i landets kommuner har beräknats för åren 2008–2015. Andelen av dessa som utfördes av timavlönad personal i olika kommuntyper redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 2 Andel årsarbeten som utförts av timanställda undersköterskor resp. vårdbiträden, åren 2008–2015

Fördelat på kommungrupper, procentandelar

Yrkesgrupp/år	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Undersköterskor								
Storstäder	4,4	6,3	7,6	7,6	6,8	6,8	5,7	5,5
Förorts kommuner	5,4	6,0	6,3	6,8	7,7	8,0	8,6	8,1
Större städer	5,3	5,3	6,3	6,3	6,5	6,3	6,1	5,6
Glesbygds kommuner	4,0	5,0	6,3	7,7	7,8	8,8	8,7	7,7
Övriga kommuner	6,1	6,3	6,6	7,1	7,6	7,8	7,5	6,3
Vårdbiträden								
Storstäder	15,5	21,2	22,0	21,8	20,5	19,3	19,4	19,6
Förorts kommuner	18,9	18,9	20,3	20,3	22,0	21,8	24,6	24,1
Större städer	17,6	12,9	16,1	17,1	16,2	17,1	19,4	19,2
Glesbygds-kommuner	17,6	14,3	16,4	20,8	23,8	25,9	30,4	28,6
Övriga kommuner	18,2	14,5	15,8	16,2	17,6	19,1	22,8	23,4

Källa: Personalstatistik för respektive år från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), bearbetade uppgifter för utredningen.

Andelen av arbetet som utförs av timavlönad personal är betydligt högre bland vårdbiträden än bland undersköterskor. Det finns påtagliga skillnader mellan kommuner i olika kommuntyper. År 2015 var andelen bland undersköterskor störst i förortskommuner (8,5 procent) och i glesbygdskommuner (7,7 procent). Dessa kommuntyper hade även störst andel av arbetsvolymen som utfördes av timavlönade bland vårdbiträden, 24,1 procent respektive 28,6 procent.

För båda yrkeskategorierna och för samtliga kommungrupper ökar andelen av arbetet som utförts av timavlönad personal mellan åren 2008 och 2015. Den kraftigaste ökningen har skett i glesbygdskommuner, såväl för undersköterskor som för vårdbiträden.

Uppgifter om antal anställda, antal årsarbeten samt vissa yrkesgruppers utbildning och personalomsättning från Statistiska Centralbyrån

Här redovisar jag uppgifter som Statistiska Centralbyrån (SCB) på mitt uppdrag tagit fram. De visar antalet anställda i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre, fördelat på kommunalt och privat utförande, kön, ålder, antal personer och antal årsarbeten samt yrkesgrupp. Jag redovisar även uppgifter om hur stor andel av undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal som har yrkesutbildning för sitt arbete. I bilaga 5 beskriver jag det material och den metod som SCB använt i sina beräkningar.

Först redovisar jag tabeller som visar antalet anställda i olika yrkesgrupper för åren 2009, 2011, 2013 samt för åren 2014 och 2015. Uppgifterna är inte jämförbara på yrkesgruppsnivå mellan åren 2013 och 2014, på grund av omläggning av klassifikationen av yrken. I min granskning av dessa uppgifter har jag funnit att uppgifterna för privat anställda inte är tillförlitliga i vissa delar, varför jag valt att inte använda dem i min redovisning i kapitel 8. Det samma gäller för yrkeskategorin handläggare, där jag istället i kapitel 8 har använt uppgifter från Sveriges Kommuner och Lands-ting.

I tabell 3–7 nedan redovisar jag samtliga uppgifter i dess helhet.

Tabell 3 Antal anställda personer samt antal årsarbeten i kommunalt finansierad vård och omsorg 2009, fördelat på yrkesgrupper, ålder och kön
Antal

	Antal													
	Kommunalt anställda						Privat anställda						Totalt	
	Kvinnor			Män			Totalt			Totalt				
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
Sjuksköterskor	18-29	399	278	45	31	444	309	530	384					
	30-49	3 890	3 048	335	259	4 225	3 307	5 140	4 061					
	50-64	4 066	3 290	351	295	4 417	3 585	5 260	4 247					
Arbeterapeut	18-29	163	146	13	12	176	158	220	193					
	30-49	842	727	41	39	883	766	990	865					
	50-64	526	467	19	17	545	483	600	530					
Sjukgymnast	18-29	140	125	26	25	166	149	220	197					
	30-49	453	386	110	104	563	490	680	591					
	50-64	189	168	48	46	237	215	280	252					
Undersköterska	18-29	9 947	6 472	932	628	10 879	7 101	13 190	8 936					
	30-49	42 128	33 718	2 436	2 042	44 564	35 760	50 610	40 744					
	50-64	29 437	23 847	1 201	1 011	30 638	24 858	33 680	27 383					

	Kvinnor		Kommunalt anställda				Privat anställda				Totalt	
	Män		Totalt		Män		Totalt		Män		Totalt	
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
Vårdbiträde	18-29	20 343	9 709	4 524	2 235	24 867	11 944	3 790	3 334	28 650	15 279	
	30-49	26 715	18 897	4 952	3 388	31 667	22 285	5 030	4 414	36 700	26 699	
	50-64	24 223	17 760	2 603	1 777	26 826	19 537	2 950	2 498	29 780	22 036	
Handläggare	18-29	244	184	69	46	313	231			320	235	
	30-49	813	688	222	185	1 035	873			1 080	917	
	50-64	575	506	129	111	704	617			750	654	
Ledningspersonal	18-29	100	93	14	13	114	106			130	124	
	30-49	1 518	1 457	177	175	1 695	1 632	300	294	1 990	1 927	
	50-64	1 395	1 353	167	165	1 562	1 518	260	248	1 820	1 767	
Övrig vård- och omsorgspersonal	18-29	2 311	1 062	682	339	2 993	1 401	310	261	3 310	1 663	
	30-49	4 173	3 118	1 206	919	5 379	4 037	650	584	6 030	4 620	
	50-64	2 747	2 158	653	550	3 400	2 709	300	265	3 700	2 974	

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

Tabell 4 Antal anställda personer samt antal årsarbeten i kommunalt finansierad vård och omsorg 2011, fördelat på yrkesgrupper, ålder och kön

	Kvinnor		Män		Totalt		Kommunalt anställda		Privat anställda		Totalt	
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
Sjuksköterskor	18-29	39	26	499	373	538	399	700	530			
	30-49	352	269	4 253	3 392	4 605	3 661	1 265	4 926			
	50-64	373	310	4 320	3 528	4 693	3 838	6 060	4 906			
Arbeterapeut	18-29	20	20	211	189	231	208	1 090	974			
	30-49	48	46	903	796	951	843	660	578			
	50-64	18	18	576	508	594	525	320	280			
Sjukgymnast	18-29	33	29	202	185	235	213	830	738			
	30-49	124	116	508	441	632	557	330	295			
	50-64	64	61	213	190	277	251	15 570	10 661			
Undersköterska	18-29	1 021	675	11 934	7 767	12 955	8 442	2 219	44 270			
	30-49	2 725	2 285	44 187	35 653	46 912	37 937	6 333	54 420			
	50-64	1 411	1 197	33 628	27 522	35 039	28 719	3 659	32 378			

	Kommunalt anställda						Privat anställda						Totalt																				
	Kvinnor			Män			Totalt			Privat anställda			Totalt																				
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner																			
Vårdbiträde	18-29	4 413	2 185	20 337	9 681	24 750	11 866	6 530	5 034	31 280	16 899	30-49	4 713	3 209	24 244	17 243	28 957	20 451	8 560	6 548	37 520	27 000	50-64	2 466	1 708	22 124	16 392	24 590	18 099	5 640	4 366	30 230	22 466
Handläggare	18-29	82	49	302	213	384	262			430	298	30-49	236	188	837	694	1 073	882			1 400	1 174	50-64	143	116	495	431	638	547			690	599
Ledningspersonal	18-29	12	11	92	83	104	93			120	113	30-49	161	159	1 457	1 411	1 618	1 570	330	324	1 950	1 893	50-64	173	168	1 405	1 368	1 578	1 537	350	340	1 920	1 877
Övrig vård- och omsorgspersonal	18-29	728	375	2 419	1 152	3 147	1 527	400	326	3 550	1 853	30-49	1 145	885	3 871	2 862	5 016	3 747	830	734	5 850	4 481	50-64	618	516	2 836	2 218	3 454	2 734	570	490	4 030	3 224

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

Tabell 5 Antal anställda personer samt antal årsarbeten i kommunalt finansierad vård och omsorg 2013, fördelat på yrkesgrupper, ålder och kön

Antal	Kommunalt anställda												Privat anställda			Totalt
	Kvinnor						Män						Totalt			
	18-29		30-49		50-64		18-29		30-49		50-64		Antal	Helårspersoner	Antal	
Sjuksköterskor	607	487	56	44	663	530	880	722	4 388	3 601	369	293	4 757	3 895	6 630	5 511
	4 335	3 565	371	309	4 706	3 874	6 330	5 233	2 17	195	19	16	236	211	310	273
Arbeterapeut	937	825	55	54	992	879	1 250	1 109	649	579	29	28	678	607	740	664
	242	220	47	44	289	264	400	371	18-29	220	47	44	289	264	400	371
Sjukgymnast	501	443	126	117	627	559	850	768	30-49	443	126	117	627	559	850	768
	248	222	64	60	312	282	360	326	50-64	222	64	60	312	282	360	326
Undersköterska	12 719	8 590	1 175	790	13 894	9 379	16 610	11 643	18-29	12 719	1 175	790	13 894	9 379	16 610	11 643
	43 144	35 028	2 952	2 486	46 096	37 514	53 570	43 844	30-49	43 144	2 952	2 486	46 096	37 514	53 570	43 844
	35 699	29 456	1 622	1 385	37 321	30 840	42 040	34 791	50-64	35 699	1 622	1 385	37 321	30 840	42 040	34 791

	Kommunalt anställda						Privat anställda			Totalt anställda		
	Kvinnor		Män		Totalt		Privat anställda		Totalt anställda		Totalt anställda	
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
Vårdbiträde	18-29	18 561	9 065	3 933	1 981	22 494	11 046	5 110	4 297	27 600	15 343	
	30-49	19 589	14 115	3 739	2 737	23 328	16 852	6 230	5 078	29 560	21 931	
	50-64	18 029	13 737	1 674	1 274	19 703	15 011	3 840	3 060	23 540	18 070	
Handläggare	18-29	323	220	91	57	414	276			430	294	
	30-49	861	732	223	179	1 084	911			1 150	972	
	50-64	526	472	134	111	660	583			690	613	
Ledningspersonal	18-29	93	86	17	17	110	103			120	116	
	30-49	1 386	1 349	179	176	1 565	1 525			2 050	2 006	
	50-64	1 440	1 405	156	153	1 596	1 558	260	257	1 860	1 816	
Övrig vård- och omsorgspersonal	18-29	2 384	1 211	819	427	3 203	1 639	180	157	3 390	1 795	
	30-49	3 387	2 550	1 181	918	4 568	3 468			4 930	3 785	
	50-64	2 862	2 298	688	567	3 550	2 865	250	219	3 800	3 084	

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

Tabell 6 Antal anställda personer samt antal årsarbeten i kommunalt finansierad vård och omsorg 2014, fördelat på yrkesgrupper, ålder och kön

Antal	Kommunalt anställda												Privat anställda		Totalt			
	Kvinnor						Män						Totalt		Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
	18-29	30-49	50-66	18-29	30-49	50-64	18-29	30-49	50-64	18-29	30-49	50-64	18-29	30-49				
Sjuksköterskor	661	4 467	4 700	548	3 698	60	399	431	48	316	48	721	597	850	716	850	716	
	4 467	4 700	229	3 698	431	60	399	316	48	4866	4013	4 866	4 013	6 150	5 065	6 150	5 065	
	4 700	229	3 766	431	345	29	281	5131	4 112	6 500	5 211	6 500	5 211	350	322	6 500	5 211	
Arbetsterapeut	934	829	62	829	62	61	996	890	258	890	1 230	1 099	1 230	840	761	1 230	1 099	
	829	62	644	30	29	745	672	840	761	840	761	840	761	410	383	840	761	
	258	242	58	242	58	53	316	295	295	410	383	410	383	860	779	410	383	
Sjukgymnast	530	469	113	469	113	107	643	576	400	576	400	363	400	3 473	18 560	3 473	18 560	
	469	113	240	73	70	339	310	400	363	400	363	400	363	13 543	46 503	13 543	46 503	
	13 154	9 161	3 174	9 161	3 174	2 652	46 352	37 875	10 160	46 352	37 875	10 160	46 352	8 628	56 510	8 628	56 510	
Undersköterska	43 178	31 407	1 820	31 407	1 820	1 557	40 187	32 964	6 140	40 187	32 964	6 140	46 320	38 177	46 320	38 177		
	38 367	31 407	1 820	31 407	1 820	1 557	40 187	32 964	6 140	40 187	32 964	6 140	46 320	38 177	46 320	38 177		

	Kvinnor		Män		Kommunalt anställda		Privat anställda		Totalt anställda	
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
	Totalt		Totalt		Totalt		Totalt		Totalt	
Vårdbiträde	18-29 17 184	8 391	3 571	1 814	20 755	10 205	6 720	5 751	27 470	15 957
	30-49 12 232	8 397	2 236	1 564	14 468	9 961	5 460	4 645	19 930	14 606
	50-66 12 780	9 447	931	714	13 711	10 161	3 780	3 129	17 490	13 290
Handläggare	18-29 160	137	16	13	176	150			180	150
	30-49 406	367	25	23	431	389			430	389
	50-66 325	300	22	20	347	319			350	319
Ledningspersonal	18-29 127	120	15	15	142	135			180	172
	30-49 1 363	1 323	158	156	1 521	1 479			1 800	1 754
	50-66 1 415	1 381	144	139	1 559	1 520	190	181	1 750	1 701
Övrig vård- och omsorgspersonal	18-29 5 981	3 193	2 041	1 060	8 022	4 254			10 050	5 474
	30-49 9 629	7 316	2 790	2 127	12 419	9 443			14 970	11 209
	50-66 8 149	6 316	1 612	1 230	9 761	7 547			11 330	8 675

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

Tabell 7 Antal anställda personer samt antal årsarbeten i kommunalt finansierad vård och omsorg 2015, fördelat på yrkesgrupper, ålder och kön
Antal

	Kommunalt anställda												Privat anställda				Totalt
	Kvinnor						Män						Totalt				
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	
Sjuksköterskor	18-29	689	575	61	48	750	623	860	717								
	30-49	4 477	3 707	397	326	4 874	4 033	860	763	4 796							
	50-66	4 707	3 763	404	327	5 111	4 090	920	793	4 882							
Arbeterapeut	18-29	268	252	38	36	306	288	370	336								
	30-49	958	845	62	61	1 020	906	130	112	1 017							
	50-64	725	664	37	35	762	699	820	754								
Sjukgymnast	18-29	246	235	53	51	299	286	350	331								
	30-49	535	475	116	109	651	585	160	115	699							
	50-66	293	257	82	78	375	336	450	398								
Undersköterska	18-29	13 138	9 420	1 481	1 061	14 619	10 481	3 680	3 146	13 626							
	30-49	42 318	34 623	3 402	2 870	45 720	37 494	10 360	8 875	46 369							
	50-64	39 847	32 663	1 976	1 692	41 823	34 354	6 810	5 883	40 238							

	Kvinnor		Män		Kommunalt anställda		Privat anställda		Totalt	
	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner	Antal	Helårspersoner
	Totalt		Totalt		Totalt		Totalt		Totalt	
Vårdbiträde	18-29 18 396	9 112	4 668	2 382	23 064	11 495	6 970	5 923	30 030	17 417
	30-49 12 104	8 283	2 502	1 725	14 606	10 008		5 369	21 350	15 377
	50-66 12 349	9 130	1 043	775	13 392	9 905	4 020	3 346	17 410	13 251
Handläggare	18-29 218	190	18	16	236	205			240	205
	30-49 438	390	38	36	476	427			480	427
	50-66 376	344	25	24	401	368			400	368
Ledningspersonal	18-29 144	134	20	20	164	154			230	215
	30-49 1 391	1 350	162	161	1 553	1 512			1 900	1 851
	50-66 1 461	1 424	130	127	1 591	1 551	220	212	1 810	1 764
Övrig vård- och omsorgspersonal	18-29 5 835	3 033	2 180	1 116	8 015	4 149	560	425	8 570	4 574
	30-49 9 229	6 984	2 759	2 092	11 988	9 077	930	766	12 920	9 842
	50-66 8 236	6 349	1 688	1 277	9 924	7 626	730	602	10 650	8 228

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

Jag redovisar även ett mått på personalomsättning som Statistiska Centralbyrån har beräknat för olika yrkesgrupper, genom att analysera hur många av de personer som var verksamma den 1 november 2014 och som även var verksamma i kommunerna den 1 november 2015. Jag har valt att inte använda uppgifterna som avser handläggare, då antalet i kategorin inte motsvarar gruppens verkliga storlek.

Tabell 8 Personalomsättning för vissa yrkesgrupper kommunalt anställda inom vård och omsorg om äldre, mellan åren 2014 och 2015

Antal och procentandel

	Antal anställda 2014	Fortfarande anställd 2015	
		Antal	Andel
Sjuksköterskor	10 718	8 092	75
Arbetsterapeut	1 298	965	74
Sjukgymnast	2 022	1 587	78
Undersköterska	101 005	83 254	82
Vårdbiträde	48 934	29 693	61
Handläggare	954	631	66
Ledningspersonal	3 222	2 353	73
Övrig vård- och omsorgspersonal	30 202	19 061	63

Anm. Matchad på personnummer och ssyk.

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på uppdrag av utredningen.

I det följande redovisar jag fördjupad analys av yrkesgrupperna undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal. Jag redovisar uppgifter för åren 2008, 2013 och 2015. Det är möjligt att jämföra uppgifterna mellan de två första åren men inte mellan åren 2013 och 2015 på grund av omläggning av yrkesklassificeringen. Av tabell 9 framgår antal sysselsatta efter yrke och sysselsättningsgrad (mer eller mindre än 18 timmar/vecka).

Tabell 9 **Antal sysselsatta inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre i yrkeskategorierna undersköterska, vårdbiträde samt övrig vård- och omsorgspersonal. Åren 2008, 2013 och 2015**

Antal personer

Yrke	År 2008		År 2013		År 2015	
	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden	1 851	94 669	2 269	111 660	2 154	119 301
Vårdbiträden, personliga assistenter	6 414	93 842	6 466	83 320	4 650	62 304
Övrig vård och omsorgspersonal		690		445		1 765
Summa	8 282	189 201	8 760	195 426	6 890	183 370

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på utredningens uppdrag.

Av tabell 10 framgår andelen bland de sysselsatta som har yrkesutbildning för sitt arbete, fördelat på sysselsättningsgrad och kön. När värde saknas är antalet personer för lågt för att kunna redovisas med statistisk säkerhet.

Tabell 10 Andel sysselsatta inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre i yrkeskategorierna undersköterska, vårdbiträde samt övrig vård- och omsorgspersonal som har yrkesutbildning för sitt arbete. Åren 2008, 2013 och 2015

Procentandelar

Yrke	År 2008		År 2013				År 2015					
	<18 timmar		>=18 timmar		<18 timmar		>=18 timmar		<18 timmar		>=18 timmar	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Under- sköterskor, sjukvårds- biträden	72		75	62	76		78	66	75		76	63
Vårdbiträden, personliga assistenter	32		38	17	34		38	18	29		30	16
Övrig vård och omsorgs- personal			68									
Summa	42		58	30	46		62	35	45		62	37

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på utredningens uppdrag.

I tabell 11 redovisar jag uppgifter om andelen av de anställda som är utrikes respektive inrikes födda fördelat på sysselsättningsgrad.

Tabell 11 Andel anställda undersköterskor, vårdbiträden samt övrig vård- och omsorgspersonal inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre som är inrikes respektive utrikes födda, fördelat på sysselsättningsgrad, för åren 2008, 2013 och 2015

Procentandelar

Yrke	År 2008				År 2013				År 2015			
	<18 timmar		≥18 timmar		<18 timmar		≥18 timmar		<18 timmar		≥18 timmar	
	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden	80		83	17	70	30	78	22	67	33	75	25
Vårdbiträden, personliga assistenter	81	20	78	22	78	22	74	26	69	31	69	31
Övrig vård och omsorgspersonal			86								77	23
Summa	80	20	81	19	76	24	77	23	68	32	73	27

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på utredningens uppdrag.

Av tabell 12 framgår åldersfördelningen på anställda undersköterskor, vårdbiträden samt övrig vård- och omsorgspersonal fördelat på inrikes/utrikes födda samt sysselsättningsgrad.

Tabell 12 Andel anställda undersköterskor, vårdbiträden samt övrig vård- och omsorgspersonal inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre med yrkesutbildning för sitt arbete fördelade efter ålder, sysselsättningsgrad och inrikes/utrikes födda, för åren 2008, 2013 och 2015

Procentandelar

Ålder	Inrikes födda <18 timmar		Utrikes födda >=18 timmar		Inrikes födda <18 timmar		Utrikes födda >18= timmar		Inrikes födda <18 timmar		Utrikes födda >18= timmar	
	År 2008	År 2013	År 2008	År 2013	År 2008	År 2013	År 2008	År 2013	År 2015	År 2015	År 2015	År 2015
19–24		33	38	41			37	43	29	36		36
25–34			55	55			43	52		53		53
35–64		52	62	67		44	45	54	54	69	52	55
65–												
19–	37	39	57	61	33	40	43	53	41	61	44	53

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på utredningens uppdrag.

Tabell 13 visar andelen av de aktuella yrkesgrupperna som har yrkesutbildning för sitt arbete, fördelat efter sysselsättningsgrad och inrikes/utrikes född.

Tabell 13 Andel av undersköterskor, vårdbiträden samt övrig vård- och omsorgspersonal inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre som har yrkesutbildning för sitt arbete fördelade efter kön, sysselsättningsgrad och inrikes/utrikes födda, för åren 2008, 2013 och 2015

Procentandelar

Yrke	2008						2013						2015					
	Inrikes födda		Utrikes födda		Inrikes födda		Utrikes födda		Inrikes födda		Utrikes födda		Inrikes födda		Utrikes födda			
	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar	<18 timmar	>=18 timmar		
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män		
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden	73	65	77	68	57	78	79	67	72	75	65	78	77	63	71	73		
Vårdbiträden, personliga assistenter	34	40	40	27	14	35	40	19	19	31	17	27	31	15	15	27		
Övrig vård och omsorgspersonal		70											64					
Samtliga	43	60	32	47	27	46	64	35	45	56	35	44	63	37	48	57		

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning på utredningens uppdrag.

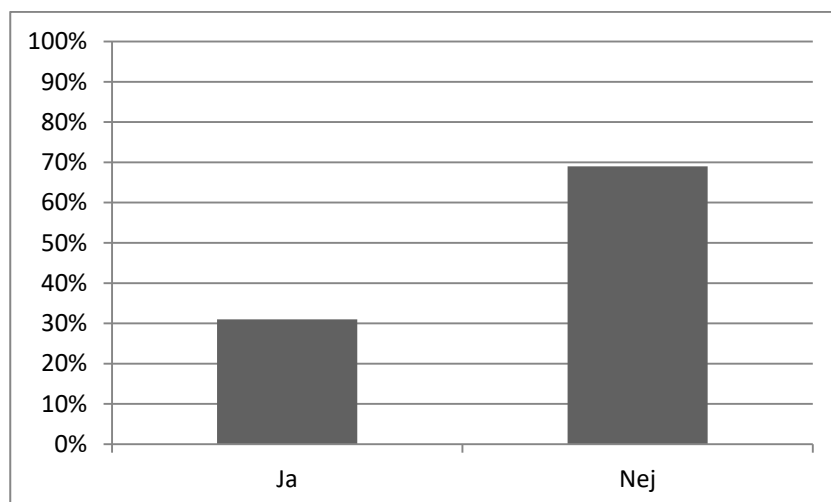
Kartläggning av information om förenklad handläggning på kommunernas egna webbsidor

Under våren 2016 samlade utredningen in information om kommunernas riktlinjer för äldreomsorg från samtliga kommuners (290) webbplatser.

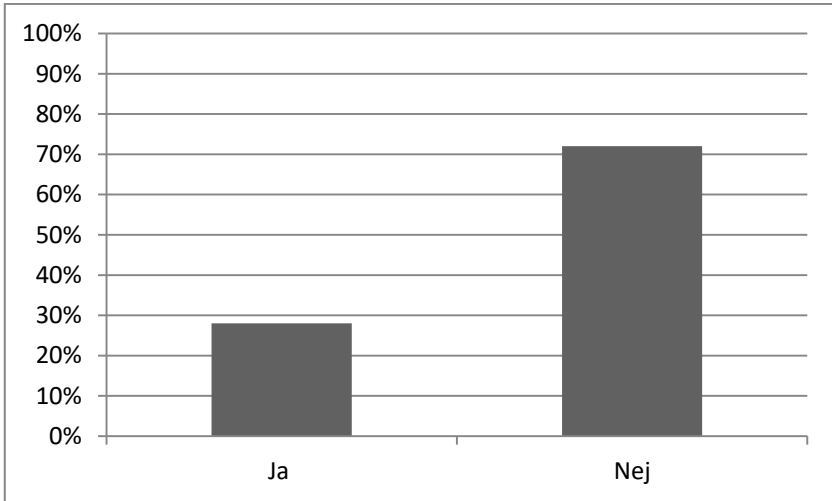
Insamlandet av uppgifter från kommunernas webbplatser har genomförts av Siv Axelsson och bearbetats av Lisa Arenö för utredningens räkning.

I det följande redovisas resultatet för några av frågorna.

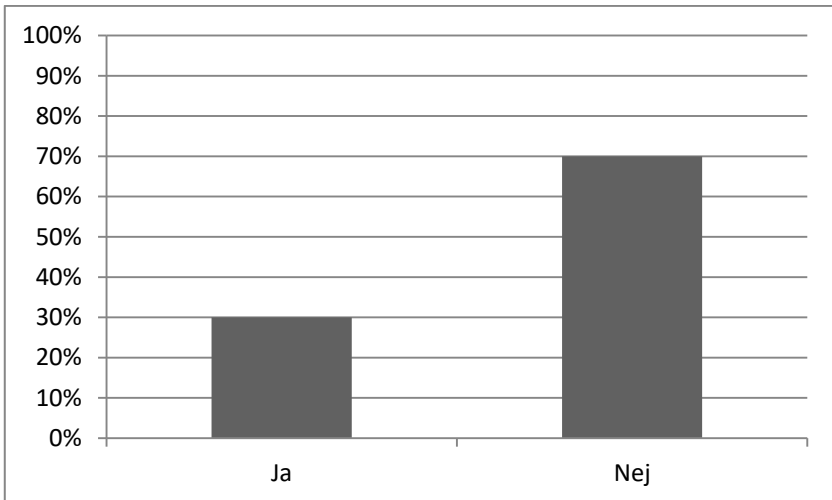
Figur 1 Andel kommuner som enligt information på kommunens webbplats anger att de ger hemtjänst med ålder som grund



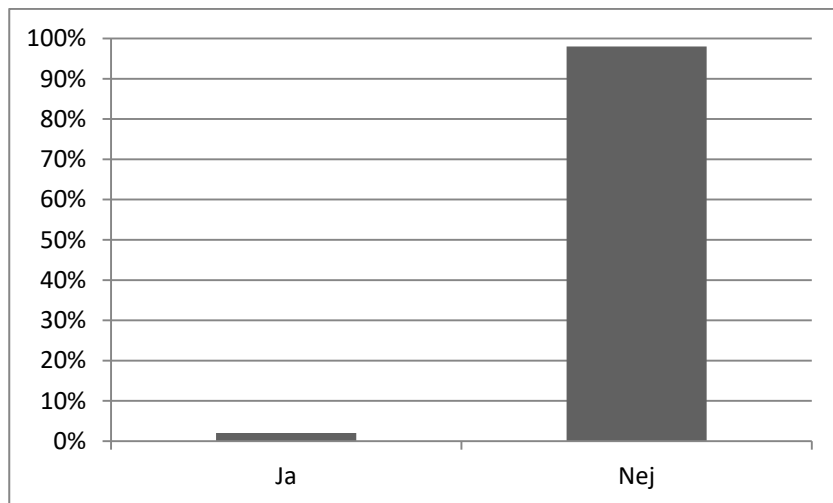
Figur 2 Andel kommuner som enligt information på kommunens webbplats anger att de ger särskilt boende med ålder som grund



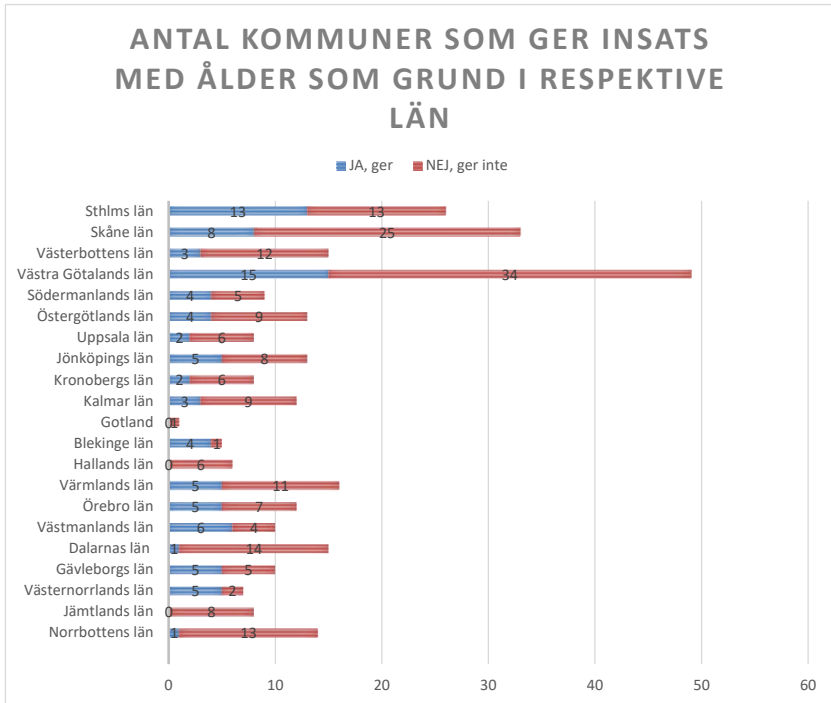
Figur 3 Andel kommuner som på kommunens webbplats anger att man tillämpar förenklad handläggning eller motsvarande



Figur 4 Andel kommuner som på kommunens webbplats anger att man fattar "rambeslut"



Figur 5 Antal kommuner som ger insats inom med ålder som grund i respektive län



Resultat från enkäten om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen

1.1 Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) genomförde hösten 2016 en enkätundersökning till samtliga landets kommuner om flexibla former för biståndshandläggning, om kommunen tillhandahåller så kallad fixartjänst samt om kommunen tillhandahåller service-tjänster enligt den s.k. befogenhetslagen.¹

Enkäten besvarades av 226 kommuner. Av dessa tillämpade 29 kommuner att vissa insatser kan ges utan biståndsbeslut. De vanligaste insatserna var avlösning och dagverksamhet. I tre av dessa kommuner kunde den äldre personen vända sig direkt till utföraren. Tjugo kommuner hade tillämpat detta förfaringsätt men upphört, ofta för att lagstiftningen bedömdes som oklar eller att det strider mot lagstiftningen.

Fyrtio kommuner angav att de kan ge vissa insatser med biståndsbeslut men utan en individuell behovsbedömning. Vanligaste insatsen var trygghetslarm. I två av dessa kommuner kunde den äldre personen vända sig direkt till utföraren. Tjugotvå kommuner hade upphört med denna modell, drygt hälften på grund av att lagstiftningen bedömdes som oklar.

¹ Lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Trettionio kommuner angav att de tillämpade så kallat rambeslut, vanligast för särskilt boende. Fjorton kommuner angav att de upphört med att tillämpa rambeslut.

Det går inte att urskilja några tydliga mönster mellan olika kommuntyper eller regioner vilka kommuner som tillämpar de olika modellerna.

Fixartjänst tillhandahölls av 156 av de kommuner som besvarat enkäten. De insatser som ”fixaren” gör är ofta med inriktning mot fallförebyggande (t.ex. arbeten där det behövs steg) eller som är tunga. Vanligt är att tjänsten erbjuds alla äldre än 65 eller 67 år. I en del kommuner tillhandahålls tjänsten också för yngre personer med funktionsnedsättningar.

Av de 219 kommuner som besvarade frågan om de tillämpar 2 kap. 7–8 §§ befogenhetslagen var det 71 kommuner som svarade att de gör det. Vanligaste insatsen var fixartjänst. Sex av tio kommuner som svarat på frågan om åldersgräns hade satt den till 65 år.

1.2 Bakgrund

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Utredningen om Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen genomförde hösten 2016 en enkätundersökning bland landets samtliga kommuner om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen.

Enkäten skickades till landets samtliga kommuner (290). Enkäten besvarades av 226 kommuner. Det är ett stort internt bortfall i vissa enskilda frågor vilket gör att tolkningen av svaren delvis är osäkra. De uppgifter som redovisas nedan om vilka insatser som erbjuds enligt respektive modell i enkäten bör vara relativt säkra. Däremot har det inte varit möjligt att läsa ut hur många kommuner som har begränsningar vad gäller målgrupper, åldersgränser, omfattning och regiform.

1.3 Olika former för flexibel handläggning

Enkäten inleddes med frågor om kommunen tillämpar någon av fyra definierade modeller för flexibel hantering av insatser inom äldreomsorgen, nämligen;

Modell 1 – Individuellt inriktade insatser till äldre personer, utan en individuell behovsbedömning och utan beslut av biståndshandläggare/annan tjänsteman hos nämnden.

Modell 2 – Individuellt inriktade insatser till äldre personer, utan en individuell behovsbedömning men med biståndsbeslut om insatsen/insatserna av biståndshandläggare/annan tjänsteman hos nämnden.

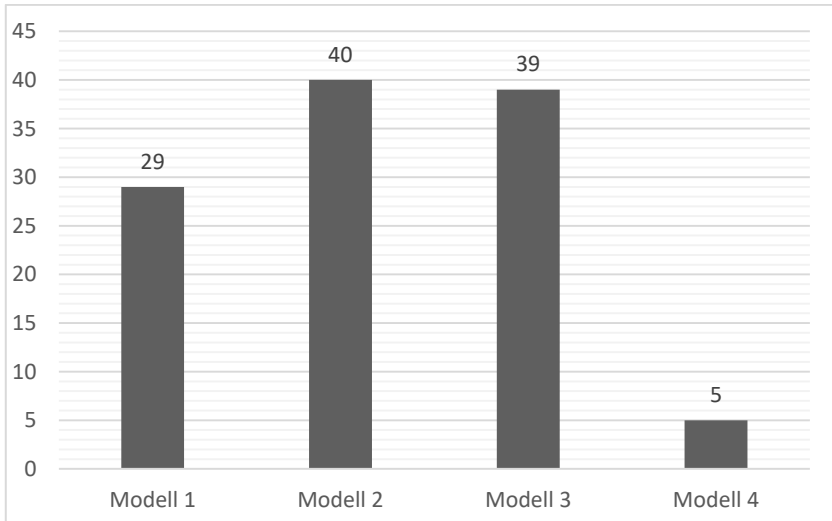
Modell 3 – Individuellt inriktade insatser till äldre personer, med en individuell behovsbedömning där biståndshandläggare/annan tjänsteman hos nämnden fattar ett så kallat ”rambeslut”² avseende insatserna.

Modell 4 – Äldre kan vända sig direkt till en av kommunens godkända utförare för att få individuellt inriktade insatser utförda.

Totalt tillämpade 82 kommuner (36 procent av de som besvarat enkäten) någon eller flera former av flexibel för handläggning och beslut om insatser till äldre. Härutöver har 49 kommuner (22 procent av de som besvarat enkäten) tillämpat en eller flera av dessa modeller men upphört med det. Sammantaget har således mer än hälften (58 procent) av de som besvarat enkäten tillämpat en eller flera av modellerna antingen hösten 2016 eller någon period under de senaste fem åren.

² Rambeslut definierades i enkäten som ”att beslutet inte i detalj reglerar vad som ska utföras. Den enskilde och utföraren kan, inom ramen för till exempel antalet beviljade hemtjänsttimmar, situationsanpassa stödet”.

Figur 1 **Antal kommuner som angivit att de hösten 2016 tillämpar någon av de fyra modellerna för flexibel handläggning och beslut inom äldreomsorgen**



Många kommuner tillämpar mer än en modell (tabell 1).

Tabell 1 **Antal kommuner som tillämpar en eller flera modeller för flexibel hantering av bedömning och beslut inom äldreomsorgen**

Modell	Antal kommuner
Enbart modell 1	16
Enbart modell 2	16
Enbart modell 3	22
Enbart modell 4	1
Modell 1 och 2	7
Modell 2 och 3	13
Modell 1 och 3	3
Modell 1, 2 och 3	1
Modell 1, 2 och 4	1
Modell 1 och 4	1
Modell 2 och 4	2

Utan individuell behovsbedömning och utan beslut

Av de 29 kommuner³ som angivit att de tillämpar modell 1 (utan individuell bedömning och utan beslut), tillämpar hälften enbart denna modell. Sju kommuner tillämpar också modell 2 (utan individuell bedömning men med beslut), tre tillämpar även modell 3 ("rambeslut") och en att den äldre personen kan vända sig direkt till godkänd utförare. I två kommuner tillämpas tre av modellerna.

Kommuntyp

Det finns ingen tydlig skillnad mellan olika kommuntyper vilka som tillämpar modell 1. Ingen av de tre största städerna, få förortskommuner till dessa städer och ingen av de 20 glesbygdskommunerna tillämpade modell 1. Vanligast var att förortskommuner till större städer tillämpade modell 1 (tabell 2).

³ 35 kommuner har svarat ja på "modell 1", av dem har 4 angett att de avbrutit, 2 har angett att tjänsten är fixartjänst. Dessa 6 kommuner har inte tagits med i redovisningen.

Insatstyper och begränsningar i vilka insatser som kan ges utifrån ålder, målgrupp och/eller regiform

Vanligaste form av insats är avlösning (17 kommuner), följt av dagverksamhet (11 kommuner), hemtjänst serviceinsatser (8 kommuner) och trygghetslarm (8 kommuner) (tabell 3).

Av de åtta kommuner som tillhandahåller hemtjänst serviceinsatser utan biståndsbeslut har sex kommuner ett tak för antalet timmar per månad som är lägre än tio timmar. För avlösning har fem kommuner angett ett tak lägre än tio timmar, tre kommuner 10–15 timmar och tre kommuner har ingen begränsning (fyra kommuner har inte svarat).

Av de kommuner som angett åldersgräns för någon av insatserna har nio kommuner svarat alla över 65 år, tre kommuner alla över 75 år och sex kommuner har svarat att de har annan eller ingen gräns. Det interna bortfallet är dock så stort för alla modellerna att det är svårt att dra någon slutsats om förekomsten av åldersgränser och var de i så fall ligger.

Upphört med att erbjuda insatser utan biståndsbeslut

Tjugoen kommuner har avbrutit att tillhandahålla individuellt inriktade insatser utan en individuell biståndsbedömning, utan beslut. Oklar lagstiftning eller att förfarandet strider mot gällande lagstiftning angavs som skäl av 14 kommuner. Bristande rättssäkerhet och otydlighet för den äldre personen var skäl som redovisades av åtta kommuner. Fem kommuner hänvisade till att det var kostnadsdrivande och en att det ökade volymen (tabell 4).

Utan individuell behovsbedömning men med beslut

Av de 40 kommuner⁴ som angivit att de tillämpar modell 2 (utan individuell behovsbedömning men med beslut), tillämpar 40 procent enbart denna modell. Sju kommuner tillämpar också modell 1 (utan individuell bedömning och utan beslut), 13 tillämpar modell 3 (”ram-

⁴ 48 kommuner har svarat ja att den tillämpar ”modell 2”. Av dem har dock 7 svarat att de avslutat och en kommun angivit fixartjänster. Dessa kommuner finns inte med i denna sammanställning.

beslut”) och tre att den äldre personen kan vända sig direkt till godkänd utförare. I två kommuner tillämpas flera modeller.

Kommuntyp

Inte heller för modell 2 finns det några tydliga skillnader mellan t.ex. stora och små kommuner, inte heller några regionala skillnader. Modellen är lika vanlig i såväl små kommuner (< 10 000 innevånare) som i större städer.

Insatser och begränsningar i vilka insatser som kan ges utifrån ålder, målgrupp och/eller regiform

Vanligaste form av insats är trygghetslarm (28 kommuner), följt av matdistribution (14 kommuner) och hemtjänst serviceinsatser (13 kommuner), (tabell 3).

Av de 13 kommuner som tillhandahåller hemtjänst serviceinsatser utan individuell bedömning har sju kommuner angivit ett tak för antalet timmar per månad som är lägre än tio timmar. En kommun har angivit 10–15 timmar. Två kommuner har annan begränsning och två kommuner ingen begränsning i tid. En kommun erbjuder denna insats till strokepatienter inom ramen för tryggt hemteam efter sjukhusvård

Av de kommuner som angett åldersgräns för insatserna har tolv kommuner svarat alla över 65 år, 13 kommuner alla över 75 och fem kommuner har svarat att de har annan eller ingen gräns. Två av dessa kommuner har olika åldersgränser, lägre för trygghetslarm och högre för hemtjänst.

Upphört med att erbjuda insatser med biståndsbeslut men utan individuell bedömning

Tjugotvå kommuner har avbrutit att tillhandahålla individuellt inriktade insatser utan en individuell biståndsbedömning. Oklar lagstiftning angavs som skäl av 13 kommuner och snarlika skäl finns i kommentarerna från ytterligare fem kommuner. Sju kommuner hänvisade till att det var kostnadsdrivande och att det ökade volymen.

Ett par kommuner redovisade att modellen var rättsosäker och otydlig för de äldre personerna. Två kommuner angav svarsalternativet svårt att nå ut till de berörda, och två kommuner byte av politisk majoritet (tabell 4).

”Rambeslut”

Av de 39 kommuner⁵ som angivit att de tillämpar modell 3 (”rambeslut”), tillämpar drygt hälften bara denna modell. Tre kommuner tillämpade också modell 1 (utan individuell bedömning och utan beslut), 13 tillämpade modell 2 (utan individuell bedömning men med beslut) och ingen att den äldre personen kan vända sig direkt till godkänd utförare. En kommun tillämpar tre av modellerna.

Kommuntyp

Modell 3 är mindre vanlig i glesbygdskommuner och kommuner i glesbefolkade regioner, men i övrigt finns inget tydligt mönster mellan olika kommuntyper.

Insatser och begränsningar i vilka insatser som kan ges utifrån ålder, målgrupp och/eller regiform

Vanligaste form av insats som ges med rambeslut är hemtjänst service (19 kommuner), följt av permanent särskilt boende (17 kommuner), hemtjänst omvårdnad (14 kommuner), avlösning (13 kommuner), korttidsboende (12 kommuner) och matdistribution (10 kommuner) (tabell 3). Tre kommuner har inget av dessa alternativ, utan har angett någon form av trygg hemgång efter sjukhusvistelse.

Av de 19 kommuner som tillhandahåller hemtjänst serviceinsatser med rambeslut har fem kommuner angivit ett tak för antalet timmar per månad som är lägre än tio timmar och tre av dem har en nedre åldersgräns vid 75 år. I övrigt har få kommuner besvarat om de har åldersgränser avseende insatser som beviljas med rambeslut.

⁵ 40 kommuner har svarat ja att de använder ”modell 3”, av dem har en svarat att kommunen avslutat, varför den kommunen inte finns med i sammanställningen.

Upphört med att erbjuda insatser med rambeslut

Fjorton kommuner har avbrutit att tillhandahålla individuellt inriktade insatser med rambeslut. Oklar lagstiftning eller att förfarandet strider mot gällande lagstiftning angavs som skäl av nio kommuner. Fem kommuner hänvisade till att det var kostnadsdrivande och en att det var för generöst med åtta timmars service (tabell 4).

Vända sig direkt till utförare

Av de fem kommuner⁶ som angivit att de tillämpar modell 4 (att den äldre personen kan vända sig direkt till godkänd utförare), tillämpar en kommun bara denna modell. En kommun tillämpar både modell 1 och 4, två kommuner modell 2 och 4 och tre kommuner modell 1,2 och 4.

Kommuntyp

Fem kommuner har angivit att de tillämpar modell 4. Tre av dem har färre än 10 000 innevånare, och kommunerna ligger geografiskt spritt över hela landet.

Insatser och begränsningar i vilka insatser där den äldre personen kan vända sig direkt till utföraren utifrån ålder, målgrupp och/eller regiform

Fyra av de fem kommunerna har angett avseende vilka insatser där den äldre personen kan vända sig direkt till utföraren. Två kommuner använder denna modell för avlösning, en för trygghetslarm och matdistribution och en för hemtjänst service och ledsagning max tio timmar.

⁶ 7 kommuner har svarat ja att de använder ”modell 4”, av dem har två svarat att de avslutat, varför de båda kommunerna inte finns med i sammanställningen.

Upphört med att erbjuda att äldre personer kan vända sig direkt till utförare

Sju kommuner har under de senaste fem åren valt att ta bort möjligheten för äldre personer att vända sig direkt till en av kommunens godkända utförare för att få individuellt inriktade insatser utförda. Fyra kommuner angav oklar lagstiftning eller att modellen strider mot lagen som skäl, två kommuner hänvisade till bristande rätts-säkerhet och möjlighet att dokumentera. En kommun angav att modellen var kostnadsdrivande (tabell 4).

Tabell 2 Antal kommuner som har någon av de fyra modellerna, efter kommuntyp, antal

Kommuntyp	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Totalt antal kommuner ^[1]
Storstäder (3)	0	1	1	0	3
Förortskommuner till storstäderna (38)	3	7	5	1	38
Större städer (31)	4	5	5	0	31
Förortskommuner till större städer (22)	4	1	1	0	22
Pendlingskommuner (51)	4	5	7	2	51
Turism- och besöks- näringskommuner (20)	2	2	2	0	20
Varuproducerande kommuner (54)	7	10	10	0	54
Glesbygdkommuner (20)	0	3	1	1	20
Kommuner i tätbefolkad region (35)	4	5	6	0	35
Kommuner i glesbefolkad region (16)	1	1	1	1	16
Totalt	29	40	39	5	290

[1] Alla kommuner i denna kommungrupp, även de som inte besvarat enkäten.

Som framgår av tabellen och redovisats ovan så förekommer de olika modellerna i nästan alla de olika kommuntyperna. Det går inte att urskilja några tydliga mönster varken regionala eller skillnader storstad – små kommuner.

Tabell 3 Insatser som ges enligt respektive modell

Typ av insats	Modell 1 (29)	Modell 2 (40)	Modell 3 (39)	Modell 4 (5)
Hemtjänst, serviceinsatser	8	13	19	1
Hemtjänst, omvårdnad	2	3	14	
Trygghetslarm	8	28	9	1
Matdistribution	3	14	10	1
Dagverksamhet	11	1	9	
Ledsagning	3	1	9	1
Avlösning	17	6	13	2
Särskilt boende permanent	1	1	17	
Korttidsboende	4	1	12	

De vanligaste insatserna som erbjöds utan biståndsbeslut (modell 1) var avlösning (17 kommuner) och dagverksamhet (11 kommuner). Vanligaste insatserna som erbjöds utan individuell behovsbedömning (modell 2) var trygghetslarm (28 kommuner), matdistribution (14 kommuner) och hemtjänst serviceinsatser (13 kommuner).

Beslut som ges i form av så kallat rambeslut (modell 3) visar ett delvis annat mönster. Här är den vanligaste insatsen hemtjänst serviceinsatser (19 kommuner), följt av permanent särskilt boende (17 kommuner). Svaren på den frågan är dock, vilket framgår av vissa kommuners kommentarer, svårtolkad. Det kan bero på att begreppet rambeslut, även om det angavs en förklaring i enkäten, inte är ett entydigt eller allmänt använt begrepp. Det kan vara fler kommuner som använder rambeslut för framför allt särskilt boende än de som svarat ja på frågan i enkäten.

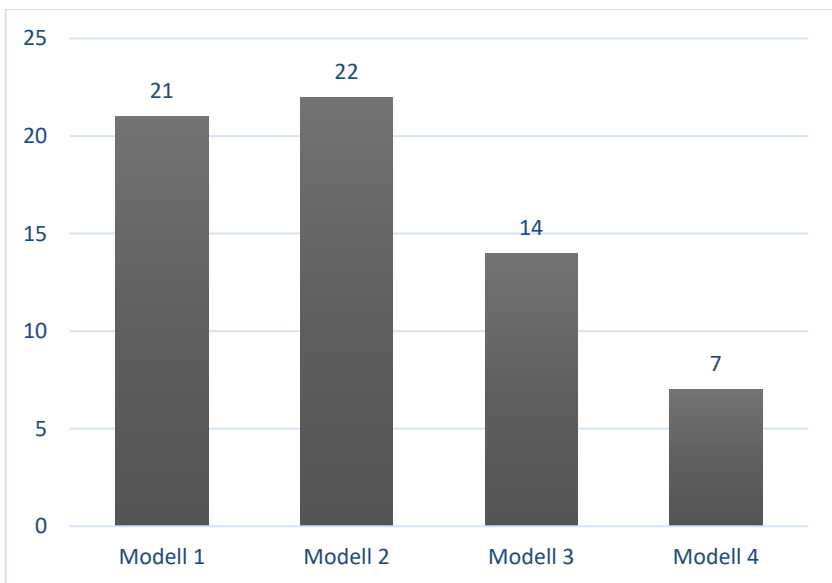
1.4 Avstå från att tillämpa någon form av flexibel hantering av bedömning och beslut inom äldreomsorgen

Femton kommuner har aktivt valt att avstå från att tillämpa någon form av flexibel hantering av handläggning och beslut om insatser för äldreomsorg. Tretton av dessa angav oklar lagstiftning som en orsak till att avstå.

1.5 Avbryta modell för flexibel hantering av bedömning och beslut

Sextiofyra av de kommuner som angivit att de tillämpar eller under de senaste fem åren tillämpat någon modell för flexibel hantering valde av olika anledningar att avbryta arbetssättet. 153 kommuner angav att de inte tillämpade någon modell för flexibel hantering av handläggning och beslut inom äldreomsorgen.

Figur 2 Antal kommuner som angivit att de tillämpat någon av de fyra modellerna för flexibel handläggning och beslut inom äldreomsorgen men valt att avbryta arbetssättet



Anledningen till att de 64 kommunerna valt att avbryta arbetssättet var främst på grund av oklar lagstiftning, oavsett vilken modell de valde att avbryta.

Tabell 4 Orsak till att avbryta, antal kommuner efter modell och orsak

Orsak till att avbryta	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Oklar lagstiftning	9	13	8	2
Upplevdes som passiviserande för brukaren	0	1	1	0
Kostnadsdrivande	5	7	5	1
Byte av politisk majoritet	0	2	0	0
Svårt att nå ut till berörda invånare	0	2	1	0
Annat	14	9	5	4
Totalt	21	22	14	7

Flera kommuner har angivit annat som orsak. Vanligaste skälet var att modellen inte bedömts som lagenlig, att den försvårar dokumentation och försämrar rättssäkerheten för den äldre personen. I redovisningen under respektive modell har öppna svar som att modellen inte är lagenlig räknats samman med de som angett det fasta svarsalternativet ”oklar lagstiftning”.

1.6 Fixartjänster inom kommunen

Fixartjänster är en tjänst som innebär praktisk hjälp i hemmet som inte är biståndsbedömd och som riktar sig till vissa målgrupper för att bland annat förebygga fall och skador. Av de 220 kommuner som besvarade denna fråga i enkäten angav 156 att de tillhandahöll fixartjänster. Kommunerna fick också besvara vilken typ av tjänster som ingick i servicen.

Tabell 5 Vilka typer av tjänster kommunen angivit att de tillhandahöll inom ramen för kommunens fixartjänst. Flera alternativ kunde anges

Typ av service	Antal (n = 156)	Andel
Enklare elektroniktjänster*	149	96
Tunga lyft**	115	74
Montera halkskydd	83	53
Sätta upp gardiner	144	92
Skotta snö	37	24
Annat***	42	27

* T.ex. byta ut batterier, glödlampor och proppar.

** T.ex. att bära in och ut trädgårdsmöbler eller hämta saker från vind eller källaren.

*** Annat angavs i kommentar som t.ex. sätta upp tavlor, trädgårds-arbeten, arbeten som är förenade med fallrisk, sanda salta på vintern m.m.

De vanligaste tjänsterna var enklare elektroniktjänster, sätta upp gardiner och tunga lyft. Åttiotre av 156 kommuner hjälpte till med att montera halkskydd inom ramen för fixartjänsten.

I flertalet kommuner riktar sig fixartjänsten till äldre personer, vanligen alla ålderspensionärer (65 eller 67 år och äldre). Vissa kommuner erbjuder också fixartjänster till personer med funktionsnedsättning yngre än 65 år, och knappt var femte kommun har åldersgränsen 75 år och äldre (tabell 6). Endast två kommuner hade en undre åldersgräns på 80 år.

Tabell 6 Åldersgränser för att kunna få del av "fixartjänsten", antal och andel kommuner av de som svarat att de erbjuder fixartjänst

Begränsning i ålder	Antal (n=155)	Andel (%)
Alla med behov	4	3
Ingen åldersgräns	1	1
Från 65 år och personer med funktionsnedsättning ^[1]	25	16
Från 65 år	18	12
67 år och uppåt och personer med funktionsnedsättning	1	1
67 år och uppåt	62	40
67 år och uppåt om man har hemtjänst	1	1
70 år och uppåt	11	7
75 år och uppåt	28	18
80 år och uppåt	2	1
Åldersgräns ej redovisad	2	2
Summa	155	100

[1] Här är inkluderat de kommuner som svarat personer med funktionsnedsättning, förtidspension/sjukbidrag resp. beslut enligt SoL/LSS.

1.7 Servicetjänster enligt den s.k. befogenhetslagen

Kommuner får utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år med stöd i 2 kap. 7–8 §§ lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, den s.k. befogenhetslagen.

Av de 219 kommuner som besvarade frågan var det 71 som svarade att de tillhandahöll servicetjänster enligt befogenhetslagen och 148 svarade att de inte gjorde det. Servicetjänsterna innefattade fixartjänster, städning, tvätt, inköp och trygghetslarm. Sextiofyra av de 71 kommuner som erbjöd servicetjänster enligt befogenhetslagen besvarade frågan om vilka tjänster de tillhandahöll.

Tabell 7 Antal kommuner som tillhandahöll de olika formerna av servicetjänsterna enligt befogenhetslagen

Servicetjänst	Antal kommuner som erbjöd tjänsten
Städning	12
Tvätt	13
Inköp	11
Trygghetslarm	5
Annat, inkl. fixartjänst	54

Trettionio kommuner har angivit att de tar ut en avgift för servicetjänster som tillhandahålls enligt befogenhetslagen.

Frågan om vilken åldersgrupp som kunde ta del av kommunens servicetjänster enligt befogenhetslagen besvarades av 63 av de 71 kommuner som angivit att de tillhandahöll tjänsten. Åldersgränsen för att få ta del av servicetjänster var generellt låg. Endast fem kommuner hade en undre åldersgräns på 80 år. I 38 kommuner kunde personer 65 år eller äldre ta del av servicetjänsterna.

Tabell 8 Kommunernas åldersgräns för att ta emot servicetjänster enligt befogenhetslagen

Åldersgrupp	Antal kommuner
65 år eller äldre	38
75 år eller äldre	13
80 år eller äldre	5
Annat	7
Totalt	63

Kommunerna fick även möjligheten att besvara frågan, varför de inte tillhandahöll servicetjänster enligt befogenhetslagen, åttio kommuner besvarade frågan (flera svarsalternativ kunde fyllas i).

Tabell 9 Orsak till varför kommunen valt att inte tillhandahålla servicetjänster enligt befogenhetslagen (flera alternativ kunde anges)

Orsak	Antal
Kommunen vill inte fördela individuellt riktade insatser med ålder som grund	26
Avsaknad om regler för dokumentation, kvalitet, tillsyn m.m. för servicetjänster enligt befogenhetslagen, vilket försvårar uppföljningen	24
Avgifter för servicetjänster enligt befogenhetslagen ryms inte inom reglerna om förbehållsbelopp och högkostnadsskydd i socialtjänsten	8
Avgifter för servicetjänster enligt befogenhetslagen ska beläggas med moms	0
Kommunen vill tillhandahålla alla insatser till äldre enligt socialtjänstlagen	57
Risk för stor efterfrågan på tjänster och ökade kostnader	12
Har för lite kunskap om befogenhetslagen	41
Annat	33

Den vanligaste anledningen till att kommunerna valt att inte tillhandahålla servicetjänster var att de ville tillhandahålla alla insatser till äldre personer enligt socialtjänstlagen (57).

Tabell 10 Orsaker till varför kommunen valt att sluta erbjuda servicetjänster till äldre enligt befogenhetslagen (flera alternativ kunde anges)

Orsak till att sluta tillhandahålla servicetjänster enligt befogenhetslagen	Antal
Kommunen vill inte fördela individuellt riktade insatser med ålder som grund	4
Avsaknad om regler för dokumentation, kvalitet, tillsyn m.m. för servicetjänster åt äldre enligt befogenhetslagen, vilket försvårar uppföljningen	5
Avgifter för servicetjänster åt äldre enligt befogenhetslagen ryms inte inom reglerna om förbehållsbelopp och högkostnadsskydd i socialtjänsten	1
Avgifter för servicetjänster åt äldre ska beläggas med moms	0
Kommunen vill tillhandahålla alla insatser till äldre enligt socialtjänstlagen	6
Ökad efterfrågan på servicetjänster – risk för ökade kostnader	3
Byte av politisk majoritet	1
Annat	3

Tretton kommuner har angivit att de under de senaste fem åren tillhandahållit servicetjänster enligt befogenhetslagen men valt att avsluta. En vanlig orsak till att de valt att avbryta var att kommunen ville tillhandahålla alla insatser till äldre enligt socialtjänstlagen

(6 kommuner). Fem angav avsaknad om regler för dokumentation, kvalitet, tillsyn som en orsak. Fyra angav att de inte ville att ålder skulle ligga till grund för att fördela individuellt riktade insatser.

Bostadstillägg för pensionärer (BTP) och effekter av höjning av taket för bostadsutgiften

Bostadstillägg för pensionärer (BTP)

Utredningen om bostäder för äldre (S 2014:44) föreslår i betänkandet *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer* (SOU 2015:85) ett höjt tak för bostadsutgiften för bostadstillägget för pensionärer (BTP).¹ Syftet med höjningen är att göra det möjligt för pensionärer med låga inkomster och begränsade tillgångar att efterfråga en bostad som det går bra att bo i även med nedsatt funktionsförmåga.

I arbetet med att ta fram underlag för mitt förslag att regeringen ska tillsätta en utredning som bl.a. ser över bostadstillägget för pensionärer har vi låtit göra beräkningar för vad förslaget om att höja taket för bostadsutgiften inom BTP från 5 000 kronor per månad till 7 300 kronor skulle innebära för staten, äldre personer och kommunen.

Resultatet av dessa beräkningar redovisas i det följande.

¹ SOU 2015:85 Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.* s. 80

Konsekvenser av en höjning av taket för bostadsutgiften för bostadstillägget för pensionärer

Staten

En höjning av taket för bostadsutgiften för bostadstillägget för pensionärer (BTP) från 5 000 kronor per månad till 7 300 kronor per månad skulle innebära en ökad kostnad för staten om drygt 1 miljard kronor per år.

Pensionärer

Totalt skulle cirka 128 000 personer beröras av förslaget om höjt tak för bostadsutgiften för bostadstillägg för pensionärer.

Tabell 1 visar att de äldre personer som gynnas mest av en höjning av taket för bostadsutgiften tillhör de två lägsta decilerna, dvs. de två grupper med lägst inkomster. Siffrorna visar genomsnittsinkomster och effekterna utifrån dem. Som framgår ökar den disponibla inkomsten med 776 kronor per år för äldre personer i den lägsta decilen och med 2 475 kronor i den näst lägsta. Äldre personer i de två högsta decilerna – dvs. med inkomster över cirka 375 000 kronor per år – berörs inte i någon nämnvärd utsträckning. Tabellen representerar alla pensionärer och de flesta erhåller inget bostadstillägg. Av tabell 3 framgår dock att ökningen kan uppgå till drygt 1 000 kronor per månad.

Tabell 1 Effekter av reformen fördelat på inkomstdeciler

Deciler	Antal totalt	Före Dispink	Efter Dispink	Differens efter-före	Differens (%)
1 -130 918	149 889	97 548	98 324	776	0,80
2 130 918-169 228	335 798	151 597	154 072	2 475	1,63
3 169 228-200 893	303 754	185 475	185 870	395	0,21
4 200 893-228 302	276 471	214 213	214 279	66	0,03
5 228 302-257 083	191 193	241 976	242 034	57	0,02
6 257 083-287 952	160 930	271 903	271 909	6	0,00
7 287 952-324 700	146 817	305 866	305 931	64	0,02
8 324 700-374 552	133 966	347 306	347 324	18	0,01
9 374 552-455 313	132 096	409 651	409 651	0	0,00
10 455 313-	198 781	787 628	787 629	0	0,00

I första hand är det äldre kvinnor som skulle påverkas av en höjning av taket för bostadsutgiften och främst de allra äldsta kvinnorna – tabell 2. I åldersgruppen 85 år och äldre berörs 14 procent av höjningen och i gruppen 65–69 år sex procent. Skillnaderna är stora om vi jämför med männen där endast tre procent i den äldsta gruppen påverkas och fyra procent bland dem som är mellan 65–69 år. Med tanke på att kvinnor i genomsnitt har lägre pensioner än män är det inte förvånande att det i första hand är bland kvinnorna vi finner dem som har nytta av reformen. Skillnaden är liten mellan männens åldersgrupper och en förklaring är att de överlag har högre inkomster än kvinnorna.

Tabell 2 Andel som berörs av höjningen av taket för bostadsutgiften, fördelning mellan ålder och kön

Kön	Ålder	Individer %
Kvinnor	65–69	6
	70–74	8
	75–79	10
	80–84	10
	85–	15
Män	65–69	4
	70–74	3
	75–79	1
	80–84	3
	85–	3

De flesta som skulle få nytta av en höjning av taket för bostadsutgiften är ensamstående, vilket framgår av tabell 3. Ser vi till hela gruppen ensamstående äldre personer blir den genomsnittliga inkomstökning drygt 1 000 kronor om året. Bland gifta/sambo är det en mycket blygsam ökning på knappt hundra kronor per år i genomsnitt. För gifta/sambo som är 85 år och äldre är ökningen något större, men ändå endast cirka 175 kronor per år. Eftersom hushållens inkomster läggs ihop är det naturligt att det är ensamhushåll i första hand har nytta av en höjning av taket för bostadsutgiften.

Tabell 3 Effekter av höjning av taket för bostadsutgiften per år fördelad på ålder och familjetyp

Familjetyp	Ålder	Differens efter-före
Ensamstående	65–69	1 117
	70–74	1 631
	75–79	1 320
	80–84	1 116
	85–	1 335
Giffta/sambo	65–69	96
	70–74	68
	75–79	85
	80–84	96
	85–	174

Av tabell 4 framgår skillnaderna mellan både kön och ålder, för dem som är berörda av höjningen av taket för bostadsutgiften. Kvinnor som är 85 år och äldre får en genomsnittlig ökning på nästan 11 000 kronor per år. Minst ökning blir det för män i åldersgruppen 80–84 år. Statistiken visar mycket klart och tydligt att ett höjt tak för bostadsutgiften har stor betydelse för att utjämna inkomstskillnaderna mellan äldre personer. De som främst får del av ökningen är äldre kvinnor, eftersom de generellt sett har lägst inkomster. Tabell 4 redovisar genomsnittliga belopp. Av medianvärdena kan vi förstå att många får en inkomstökning med mer än 1 000 kronor i månaden. Bland kvinnor 85 år och äldre får hälften en inkomstökning som är högre än 12 248 kronor per år.

Tabell 4 Effekten för berörda av höjningen av taket för bostadsutgiften per år²

Kön/ålder	Median	Genomsnitt
M 65–69	2 923	6 193
K 65–69	7 469	9 046
M 70–74	4 125	6 673
K 70–74	9062	10 648
M 75–79	7 700	5 898
K 75–79	6 450	8 735
M 80–84		2 255
K 80–84	8 175	9 765
M 85–		6 870
K 85–	12 248	10 936

Kommunerna

En höjning av taket för bostadsutgiften innebär att kommunerna kan få ökade intäkter för avgifter för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. De ökade intäkterna skulle kunna uppgå till drygt 65 miljoner kronor per år.

² För män i åldersgruppen 80–84 år och 85 år och äldre var medianuppgifterna osäkra och har inte tagits med.

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för
arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare.
Fi.
4. För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det
folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en
globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och
domstolens beslutsunderlag
i brottmål – en bättre hantering av
stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017.
Kärnavfallet – en fråga i ständigt
förändring. M.
9. Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed
och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägs katt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt.
Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med
privat kapital? Fi.
14. Migrationsärendena
vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet
på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att
närvara vid rättegången. Genomförande
av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen
mot fördjupad lokal samverkan
för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare
och enklare system för tillträde till
högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för
vård och omsorg om äldre personer.
Del 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]

Finansdepartementet

Karens för statsråd och statssekreterare. [3]

Vägs katt. Volym 1 och 2. [11]

Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]

Justitiedepartementet

Se barnet! [6]

Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]

Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]

Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. [14]

Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. [5]

Kvalitet och säkerhet

på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. [21]

Utbildningsdepartementet

Det handlar om oss.

– unga som varken arbetar eller studerar. [9]

Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. [10]

En nationell strategi för validering [18]

Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. [20]

Utrikesdepartementet

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]